

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 février 1896, à 1 heure

Par ALEXANDRE NASRA

Né au Caire (Égypte), le 28 mai 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

NÉVROSES POST-INFECTIONNEUSES

(HYSTÉRIE, NEURASTHÉNIE, HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE)

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. JOFFROY professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

— THÈSE —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 février 1896, à 1 heure

Par ALEXANDRE NASRA

Né au Caire (Égypte), le 28 mai 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

NÉVROSES POST-INFECTIONNEUSES

(HYSTÉRIE, NEURASTHÉNIE, HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE)

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY professeur.
 { GILLES DE LA TOURETTE, WIDAL, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHT.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		N.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.
Clinique médicale.		STRAUS.
		G. SEE.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUD.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		TARNIER.
		PINARD.
Professeurs honoraires.		
MM. SAPPEY, PAJOT.		
Agrégés en exercice.		

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTNER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0011

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

NÉVROSES POST-INFECTIONNEUSES

(Hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie)

AVANT-PROPOS

Par ses fonctions le système nerveux participe fréquemment à l'évolution des infections. Il traduit sa lutte par la fièvre, ses souffrances par des troubles fonctionnels ou même des lésions dont le développement est plus ou moins tardif. Parmi les complications éloignées des maladies infectieuses il n'en est point qui méritent d'être plus étudiées que les complications nerveuses.

Or à n'envisager que les troubles qui peuvent survenir en pareil cas, ceux ressortissant aux névroses offrent un réel intérêt. La question des névroses post-infectieuses a déjà suscité de nombreux et intéressants travaux, et

en présence du grand nombre de faits qui plaident en faveur des relations étroites des névroses avec les infections, nous avons cru pouvoir tenter au point de vue clinique une étude d'ensemble. Nous nous sommes borné à considérer comme névroses pures, l'hystérie, la neurasthénie, ou l'association de ces deux groupes morbides considérée jusqu'à l'heure actuelle tout au moins comme répondant à des troubles purement dynamiques.

Notre étude est ainsi divisée :

Le premier chapitre est consacré à l'ensemble des documents réunis par nous pour l'étude clinique des névroses post-infectieuses. Il comprend trois paragraphes : 1^o L'étude des névroses consécutives aux infections chroniques; 2^o l'étude des névroses consécutives aux infections aiguës; 3^o l'étude des névroses consécutives, soit aux infections associées, soit aux infections surajoutées aux intoxications ou aux causes plus banales. Le deuxième chapitre renferme un exposé symptomatique des diverses névroses, mentionnant l'allure parfois particulière bien que rarement imposée par l'infection à la névrose et étudiant les rapports de fréquence ou de gravité de ces névroses avec la nature ou l'intensité de l'infection. Les conséquences pronostiques, thérapeutiques qui découlent de ces considérations cliniques sont développées dans le troisième chapitre. Nous plaçons à la fin de ce travail un index bibliographique. Dès à présent nous ne devons pas laisser ignorer les emprunts que nous avons du faire aux travaux de l'école de la Salpêtrière, en particulier au livre de M. Gilles de la Tourette.

Avant d'aborder notre sujet, il est un devoir que nous

avons à cœur de remplir ; c'est de remercier ici tous nos maîtres de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et des conseils si éclairés qu'ils nous ont prodigués dans le cours de nos études.

Que M. le professeur Potain, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, daigne agréer l'hommage de notre gratitude, c'est en suivant les savantes leçons de sa clinique à la Charité que le sujet de notre thèse nous a été inspiré.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien recevoir l'assurance d'une vive reconnaissance ; le souvenir de son bienveillant intérêt durant notre stage à l'hôpital Necker ne s'effacera pas de notre mémoire.

Toute notre gratitude à M. le professeur Budin pour la sympathie avec laquelle il a bien voulu nous accueillir dans son service d'accouchements à la Charité.

Nous n'oublierons jamais avec quelle obligeance M. le Dr Teissier nous a guidé dans nos recherches et mis à notre disposition de précieux documents pour notre travail.

Que M. le professeur Landouzy accepte tous nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ CLINIQUE.

Ce chapitre renferme l'exposé des documents susceptibles de prouver les rapports des maladies infectieuses avec les névroses. Ces documents sont en grand nombre. Aussi avons-nous dû faire un choix et prendre seulement dans les auteurs qui ont traité des névroses post-infectieuses, les faits les plus saillants, les plus caractéristiques, accordant toutefois, à l'exemple de nos devanciers en la question, leur place aux faits anciens. Nous mentionnons en second lieu les observations trouvées dans différents recueils et dans lesquelles, la notion de névroses post-infectieuses, n'avait pu être signalée. Nous ajoutons à cet ensemble, les quelques faits inédits qui nous ont été communiqués, et ceux que nous avons pu recueillir nous-même.

L'étude de ces documents, leur nombre d'autre part conduisent à établir un premier groupement, basé sur l'évolution même de l'infection causale. Il convient, en effet, pour mettre un peu d'ordre dans cet exposé, de distinguer les névroses consécutives aux infections

aiguës d'avec celles qui relèvent des infections chroniques.

Cette étude faite, il sera loisible de rechercher ultérieurement l'importance étiologique comparée de chacune de ces infections, les relations qui peuvent exister entre l'existence de l'infection et l'intensité des troubles nerveux, d'établir enfin la date d'apparition de ces névroses.

Toutes les maladies infectieuses ne sont pas comprises dans cette énumération. Si depuis la thèse de Guinon leur nombre a augmenté, il en est encore quelques-unes qui susceptibles de créer des lésions organiques n'ont pas paru influencer le développement des névroses. Nous n'avons pu, quelle que soit la raison de ces lacunes, trouver un seul fait mentionnant ces relations. De nombreuses recherches restent encore à faire à ce sujet, et il est impossible de clore dès à présent la liste de ces infections. Il est à présumer que plus on ira mieux l'on saura préciser les rapports étroits qui existent entre les maladies infectieuses et les troubles nerveux organiques. Certaines de ces maladies infectieuses du reste sont encore mal connues dans leur origine première, et si la plupart d'entre elles sont dues à des micro-organismes parfaitement étudiés, il en est d'autres, dont les microbes restent à trouver, bien que leur nature virulente ne fasse l'objet d'aucun doute.

Ce chapitre comprendra trois paragraphes : Le premier sera consacré à l'étude des névroses, hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie, consécutives aux infections chroniques ; les infections aiguës seront étudiées dans le second.

Le troisième comprendra l'étude des névroses consécutives aux maladies infectieuses associées entre elles, ou combinées à des causes de diverse nature, intoxication, trauma, émotion morale, etc.

Dans chacun de ces paragraphes une démarcation sera établie entre les faits de *réveil de névrose* et ceux plus importants de névrose directement créée par la maladie infectieuse.

§ 1. — *Infections chroniques.*

I. — *Paludisme.* — Les troubles nerveux dynamiques constatés durant l'évolution ou à la suite du paludisme peuvent se manifester, soit dans le cours d'une intoxication chronique, soit à l'occasion d'accès aigus.

La connaissance de ces troubles nerveux fonctionnels désignés sous le nom actuel de névroses et appartenant aux variétés déjà mentionnées est de date récente malgré les quelques faits épars recueillis à une époque où l'on ne cherchait pas à trouver dans cette étude autre chose qu'une simple coïncidence.

On ne connaissait guère que l'influence du paludisme aigu ou chronique sur le système nerveux, et c'est ainsi que Fernel faisait mention des paralysies pouvant survenir à la suite ou à la fin des fièvres intermittentes en même temps que Maingault soutenait sa thèse sur la paralysie hystérique. A ce moment à la prédominance des symptômes nerveux dans certains cas permet même d'établir des moda-

lités diverses (forme pernicieuse, hémiplegique de Torti forme paralytique de Maillot).

La thèse d'Ouradon, les travaux de Gubler Landouzy, la monographie de Vincent, les mémoires de Kelsh et Kiener de Bard et plus récemment de Boinet et Salebert nous donnent les renseignements les plus complets sur ces différents troubles nerveux, parmi lesquels on ne songeait encore à prononcer le nom de névroses et dont la pathogénie était vivement discutée.

Sydenham accorda bien une mention à une sorte de manie particulière qui succède, dit-il, aux fièvres intermittentes, aux fièvres quartes notamment. Mais sauf Tissot, personne jusqu'à G. Guinon ne paraît avoir insisté sur les troubles divers de sensibilité. Depuis, les leçons de Teissier de Lyon, la thèse de son élève Lejonne, les travaux de Grasset, Gilles de la Tourette, G. Guinon, de Clément de Lille, ont traité à des points de vue divers des névroses post-infectieuses. Or l'hystérie, la neurasthénie, l'hystéro-neurasthénie se rencontrent dans le paludisme, comme en témoignent les observations nombreuses que l'on a pu réunir à ce sujet. Elles existaient sans aucun doute de tous temps et un travail de révision permettrait assurément de trouver parmi les troubles nerveux post-paludiques autrefois mentionnés, ceux qui peuvent légitimement appartenir aux névroses.

L'hystérie post-paludique a été mentionnée mais il ne semble pas, si l'on en croit Lejonne, qu'elle soit fréquente. Cet auteur n'aurait pu, après ses recherches poursuivies durant dix mois dans les hôpitaux de Lyon, trouver un type net d'hystérie chez un paludéen. Aussi à l'exemple

de Guinon se contente-t-il de rappeler les observations déjà anciennes citées par Petit d'après Vigla ou rapportées par Breuillard. Dans l'observation de Vigla il s'agit d'un malade de 21 ans traité durant quatre mois pour une fièvre paludéenne, et qui à sa sortie de l'hôpital est pris de crises, de météorisme, avec palpitations, de crises nerveuses. Ces crises survenant tous les quinze jours sont caractérisées par la perte de connaissance, des convulsions précédées de sensation de boule hystérique, et suivies de parésie avec anesthésie de tout le côté droit. Ce malade était exempt de toute tare nerveuse, n'avait jamais présenté de troubles nerveux d'aucune sorte. Les accidents survenus durant la convalescence du paludisme étaient donc en rapport avec l'infection seule.

L'observation de Breuillard a trait à un homme de 32 ans, qui contracta durant une partie de son service militaire au Mexique une fièvre intermittente pernicieuse et la fièvre jaune. Il rentre en France, fait plusieurs séjours dans les hôpitaux pour ses accès paludiques. Son caractère change peu à peu, le moindre travail le fatigue rapidement, il éprouve le besoin de changer constamment de lieux. Durant un de ses séjours à l'hôpital, il est pris d'un accès de fièvre intermittente, avec convulsions violentes, générales, se répétant par crises à peu près toutes les cinq minutes et durant deux minutes à peine. Dans les intervalles de calme, le malade rit aux éclats ou grince des dents et ne répond qu'imparfaitement aux questions posées. Ces accès cèdent à l'hydrothérapie et au chloroforme. Un jour il devient subitement triste, prévoit, un accès qui

se déclare dans la soirée, caractérisé en dehors des convulsions par de l'étouffement, des crises de larmes entremêlées de crises de rires. Comme les fois précédentes, le chloroforme suspend les accès.

Il s'agit là sans aucun doute d'un fond de grande hystérie, en raison même des caractères présentés par les attaques convulsives, et malgré les quelques symptômes (tristesse, fatigue intellectuelle rapide qui sembleraient plutôt appartenir à la neurasthénie). Il convient de mentionner d'autre part que ce malade avait eu au Mexique la fièvre jaune. Mais la durée et l'intensité du paludisme permettent d'accorder à ce dernier l'influence prépondérante.

A côté de ces deux faits se placent trois observations, l'une appartenant à Grasset, l'autre publiée par Regnault, la troisième inédite recueillie et communiquée par le Dr Teissier.

Dans l'observation de Grasset, ci-après résumée, il s'agit d'un fait d'hystérie paludique en égard au mode de développement, à l'évolution si irrégulière, à la disparition spontanée des troubles nerveux, qui pour ces raisons ne pouvaient se ranger, ni dans le cadre des altérations organiques du système nerveux, ni parmi les accès pernicieux à prédominance nerveuse.

OBSERVATION empruntée à GRASSET. — *Hystérie paludique.*

Homme de 39 ans, entré à l'hôpital le 16 novembre 1892, n° 10, de la salle Fouquet.

Antécédents héréditaires. — Mère sujette à des attaques de nerfs, morte à 60 ans dans une crise nerveuse.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente en Algérie durant deux ans, accès successifs en France à longs intervalles. Le malade reste en puissance de paludisme malgré le traitement, lorsqu'arrivent les accidents suivants : un jour étant aux vêpres, il se montre très agité ; durant la nuit ses membres se raidissent, tremblent, il a les yeux hagards et luisants, sa parole est fortement embarrassée, il ne perd pas connaissance, il se rappelle avoir vu trouble pendant sa crise.

A plusieurs reprises, il se lève, casse les objets en marchant maladroitement comme un homme ivre ; à d'autres moments, il est pris d'un rire fou, il ne présente ni frissons, ni chaleur, ni sueurs, il n'a pas de mictions involontaires, ni d'écume à la bouche, ni de morsure à la langue. Il n'a pas de stupeur après la crise. Le lendemain, répétition des mêmes phénomènes avec la même durée et à la même heure, le surlendemain tableau analogue. Dans l'intervalle des crises, bonne santé. A l'examen, abolition complète de la sensibilité réflexe de la conjonctive et du pharynx, hyperesthésie très marquée, limitée au côté gauche ; cette hyperesthésie devient presque de l'anesthésie au niveau de l'avant-bras et de la main d'une part, et la cuisse de l'autre part. Rétrécissement du champ visuel.

Le 27 décembre. — On lui donne une faible dose de quinine avant la crise et la crise n'arrive pas, le malade, après une série de crises, est traité par la médication quinique et sort guéri en apparence.

REMARQUES. — Le développement des accidents nerveux a été favorisé dans ce cas par l'hérédité maternelle.

Regnault mentionne l'observation suivante comme un fait de réveil d'hystérie sous l'influence du paludisme, il semble cependant qu'il est possible de la faire rentrer dans le cas d'hystérie paludique réelle.

OBSERVATION empruntée à RÉGNAULT (*Gaz. des hôpitaux*, 1890).

Hystérie et impaludisme.

Le 17 juin est entré au service de M. le professeur Layet (Hôtel-Dieu de Marseille) le nommé N..., âgé de 42 ans, terrassier.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, il ignore de quoi, ils n'auraient pas eu de maladies nerveuses. Un de ses cousins serait mort fou. Ses frère et sœurs sont morts en bas âge de convulsions.

Lui-même aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de 12 ans. Dans sa jeunesse il a eu la variole, le croup et la fièvre typhoïde. Il nie toute syphilis.

En 1873, il eut des fièvres intermittentes : les accès ne disparurent qu'un bout de 34 jours et, à la même époque il éprouvait des tremblements du côté droit. En 1886, il eut de nouveau des fièvres intermittentes quotidiennes qui revinrent à plusieurs reprises. Dans l'intervalle de ces accès, le 20 août 1888, il fut frappé d'une attaque d'apoplexie : il demeura vingt minutes sans connaissance et, quand il se réveilla, il était atteint d'hémiplégie droite. Trois heures après son attaque, survint un tremblement revenant par accès tous les matins ; tremblement et parésie durèrent jusqu'en octobre.

Le malade se rétablit et travaillait, quand, il y a une quinzaine, repris par les fièvres intermittentes, il revint en France.

Dès le 14 juin, il fut repris des mêmes tremblements pour lesquels il entre aujourd'hui à l'hôpital. Il avait alors une fièvre intermittente caractéristique ; le foie débordait de quatre travers de doigt, la rate avait 14 centimètres. Les accès disparurent bientôt par le sulfate de quinine. Mais les phénomènes nerveux persistèrent, c'étaient : un tremblement dans toute la partie droite du corps, plus accentué à la jambe. Il avait lieu par accès tous les matins, vers le moment de la visite, et durait quelques heures. Il se produisait dans le repos et disparaissait par le mouvement et cependant revenait lorsque les mouvements étaient longtemps prolongés. Ce tremblement est à grandes oscillations, rythmique, continu, régulier ; des plaques d'anesthésie multiples, petites et irrégulières aux jambes droite et gauche ; de la parésie de la jambe droite ; des sueurs profuses survenant, après le tremblement, à la partie droite du corps ; de l'aphasie intermittente ; pendant quelques instants le malade s'arrête de parler et ne peut trouver ses mots, mais la mémoire revient bien vite. De l'anesthésie des globes oculaires et du pharynx, la sensation de boule complètent le tableau. Mais deux symptômes capitaux qui prouvent qu'il ne s'agit pas ici de simulation si, par hasard, on était tenté d'y croire, sont : un hémispasme droit de la face quand on fait tirer la langue, elle est déviée à droite ; un rétrécissement concentrique du champ visuel : entre 20 et 30.

Cependant les couleurs sont conservées, mais l'acuité visuelle est plus forte à gauche qu'à droite.

Il y a donc eu ici des accidents d'hystérie réveillés par l'impaludisme.

Le malade a guéri de ses fièvres, mais des symptômes nerveux ont persisté.

L'observation suivante présente un intérêt non moins grand.

OBSERVATION inédite recueillie et communiquée par le D^r TEISSIER, chef de clinique médicale. — *Hémiplégie hystérique, avec accidents de mutisme hystérique chez un paludique.*

S. P..., 29 ans, cocher, entre le 27 février 1892, salle Corvisart, dans le service du professeur Bouchard, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 60 ans, Caractère violent, emporté. Mère morte après plusieurs mois de maladie. A l'âge de 35 ans elle toussait beaucoup. Rien de particulier à noter dans les autres ascendants. Fils unique.

Antécédents personnels. — Aucune maladie durant l'enfance dont il ait gardé le souvenir. Pas de trace de lymphatisme. A 8 ans, fièvre scarlatine de durée 2 mois sans complication; à 10 ans, fièvre typhoïde de six mois de durée.

Bonne santé habituelle. Aucune maladie vénérienne, pas d'accès alcoolique. Engagé à 17 ans, fait 12 ans de service militaire, 3 ans en Algérie où il reste très bien portant, 5 ans au Tonkin. Plusieurs blessures. Une à la région sous-claviculaire gauche. Contusion simple par coup de feu, plaie pénétrante à l'avant-bras droit, coup de lame au niveau de l'arcade sourcillaire droite; balle à la région fémorale droite, la balle est restée dans les tissus. Tous ces traumatismes évoluent sans complications et sans provoquer de troubles nerveux.

Il contracte de plus les fièvres palustres, a tout d'abord des accès quotidiens, puis trois, puis quatre. Après un

traitement exclusif au sulfate de quinine les accès disparaissent. Dysentérie de durée 2 mois $1/2$ sans complication. Revient en Algérie, part pour le Sénégal où il contracte la fièvre jaune sans complication aucune. Il rentre en France en juillet 1890, reste seulement 3 mois eu égard à la réapparition des accès palustres. Il retourne en Algérie où ses accès disparaissent; il revient alors en France d'une façon définitive, il y a six mois.

Etant rentré en France les accès apparaissent, accès tierces qui cèdent au sulfate de quinine. Au bout de trois semaines il peut reprendre sa profession (cocher aux omnibus).

En octobre, un matin et sans raison aucune, la veille il était rentré très bien portant et la nuit avait été excellente, il se lève et est pris aussitôt d'un étourdissement suivi de chute sans perte de connaissance mais avec un tremblement qui persista pendant 1 h. $1/2$, le malade ne pouvait plus parler, l'hémiplégie était du côté gauche. Il entre alors à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Ball. Reste 3 mois $1/2$, la parole réapparaît rapidement,

15 jours après son entrée dans le service, le malade ressent de l'engourdissement, des fourmillements dans les extrémités digitales, et selon lui la perte de sensibilité qui n'existait nullement auparavant devient complète. Un mois et demi après, assez rapidement, les mouvements réapparaissent.

Il sort de l'hôpital à peu près guéri, reprend son travail, mais peu à peu ressent un engourdissement dans la main gauche, l'hémiplégie réapparaît avec les mêmes caractères que précédemment.

Etat actuel. — Hémiplégie du membre supérieur gauche, hémiparésie de la jambe gauche; tremblement dans ce membre lorsqu'il essaye de le soulever du lit. Dispari-

tion absolue de la sensibilité au tact, à la température, à la douleur dans tout le côté gauche : cette anesthésie totale présente les limites caractéristiques de l'anesthésie hystérique en manche de veste, en gigot.

Le côté droit est normal au point de vue de la motricité ; la sensibilité au tact, à la douleur, paraît notablement exagérée.

Pas de modification dans la contractibilité faradique ou galvanique.

Organes des sens, disparition du goût et du tact dans la moitié gauche de la langue, disparition incomplète de l'odorat, narine gauche ; diminution de l'acuité auditive, oreille gauche ; rétrécissement caractéristique du champ visuel.

Réflexes rotuliens normaux des deux côtés. Conservation du réflexe rotulien.

Le caractère est devenu emporté, il est impressionnable et irritable.

Les autres viscères sont absolument normaux ; la rate est seulement grosse, et mesure 16 centimètres.

Le malade est soumis à l'hydrothérapie et aux antinervins, il se remet assez rapidement conservant toutefois une certaine maladresse de la main gauche. Il quitte le service après deux mois environ de séjour pour reprendre ses occupations.

REMARQUE. — Il s'agit sans aucun doute dans ce cas d'une hémiplegie hystérique : l'influence du paludisme dans son développement ne paraît pas douteuse. Il convient de tenir compte toutefois des infections passagères multiples qu'il a eu à subir dans ces différents séjours aux colonies durant qu'il était toujours sous l'influence de l'intoxication malarique chronique.

Les observations qui viennent d'être rapportées ont

trait sauf la dernière à des faits d'hystérie motrice pure. Les cas de Vigla et de Breuillard se rapportent à des faits d'hystérie paludique pure, relevant du paludisme seul, dans le cas de Grasset et de Teissier le paludisme a agi sur un terrain préparé par l'hérédité ou par l'antécédence personnelle.

Le nombre limité de ces observations serait facilement augmenté si l'on voulait y faire rentrer un grand nombre de paralysies consécutives au paludisme et rangées parmi les paralysies de causes périphériques. Mais le but de cette monographie n'est pas d'établir une statistique de tous les faits connus, mais plus simplement de citer les faits connus ou inédits capables de jeter la lumière sur les névroses post-infectieuses.

Il convient toutefois de mentionner à côté des faits déjà signalés les deux observations rapportées par Marmisse et Ricoux, observations qui bien souvent reproduites ont été l'objet de discussions nombreuses.

Le fait de Marmisse a trait à des manifestations hystériques revêtant une forme intermittente. Celui de Ricoux concerne un cas de fièvre intermittente larvée rappelant une attaque d'hystérie. Sans doute il ne s'agit pas à proprement parler de névrose malarique. Dans un cas l'hystérie préexistante a seulement été modifiée dans sa forme par un paludisme intercurrent, dans un autre cas elle a été pour ainsi dire la manifestation unique de l'intoxication.

L'existence de ces faits indique, comme le fait remarquer G. Guinon, qu'il faut avoir soin de discerner parmi les cas d'hystéro-paludisme, ceux où les manifestations

hystériques relèvent du paludisme et ceux où il s'agit de manifestations hystériques antérieures au paludisme et simplement modifiées par lui. La périodicité imposée à la névrose particulièrement mimétique est attribuable sans doute au paludisme bien qu'il ne soit pas rare de retrouver cette intermittence dans certains symptômes hystériques.

Les faits de *neurasthénie paludique* sont plus nombreux, ou tout au moins ont été mieux observés. Fonssagrives a insisté avec juste raison sur l'importance du rôle de l'impaludisme dans le développement de la neurasthénie. Lejonne en rapporte dix observations dans sa thèse, les unes concernent des cas de neurasthénie exclusivement paludique, les autres ont trait à des neurasthénies créées par association étiologique, une cause adjuvante étant survenue qui a favorisé l'action du paludisme. Parmi ces observations il convient de citer à titre d'exemple les deux suivantes :

OBSERVATION rapportée par TEISSIER. — *Bulletin médical*, 1890 (Thèse de LEJONNE). — *Neurasthénie paludique*.

X..., officier de marine, héréditaire de goutteux ; père neuro-arthritique. Il devient paludique à l'âge de 14 ans et reste malade depuis. Il fait une série de campagnes dans les colonies, durant lesquelles son intoxication palustre subit une recrudescence marquée, il tombe en état de cachexie paludéenne. Il se préoccupe surtout de troubles nerveux qui se sont développés chez

lui, à la suite d'une mission qu'il remplissait et qui lui causait les plus vives inquiétudes. Il éprouve alors des douleurs de tête présentant tout à fait les caractères de la céphalée en casque. Tout travail intellectuel est devenu impossible. Il ne peut rester tranquille, immobile, car il éprouve des tiraillements persistants dans les jambes. En même temps il ressent des vertiges, des troubles dyspeptiques, il se sent amoindri, craint d'être tabétique et donne sa démission.

Il avait de plus un léger degré d'albuminurie intermittente.

OBSERVATION empruntée à la thèse de LEJONNE. — *Fièvre intermittente, neurasthénie.*

X..., 55 ans, savant distingué ; excellente santé jusqu'en 1870.

A 18 ans, chute sans gravité à la suite de laquelle il a toujours conservé un point de légère hyperesthésie spinale avec névralgie intercostale fugace. En 1870 il a trois attaques de fièvre pernicieuse à la suite desquelles surviennent les accidents nerveux et fébriles les plus étranges.

Après une saison aux bains de mer il est pris d'accès de boulimie d'une ténacité extraordinaire qu'il ne peut vaincre que par des fortes doses d'opium. Aux phénomènes de boulimie succèdent des vomissements tenaces avec symptômes de dilatation de l'estomac ; puis des accidents neuropathiques consistant surtout dans une impressionnabilité et une irritabilité extrême de caractère, un sentiment constant de terreur, des frayeurs exagérées et puériles. M. X... craint sans cesse pour sa santé et pour sa vie, son intelligence est intacte et d'une

lucidité parfaite, il s' imagine qu'elle va le quitter, qu'elle s'affaiblit de jour en jour, il a la constante préoccupation de se compromettre. D'une sensibilité exagérée au froid il est resté quatre mois d'hiver sans sortir de sa chambre et il conserve une telle crainte de la malaria qu'il ne passe jamais à côté d'une mare ou d'un ruisseau sans s'obstruer la bouche et le nez avec du coton. Il a été traité de l'année 1888 à 1890 sans présenter jamais aucun trouble ressemblant à de l'hystérie. On ne note rien dans les urines ; pas d'altération du sang. Plus tard ce qui domine la scène ce sont des phénomènes sudoraux très pénibles et des accidents de neuropathie généralisée tels que : accélération du pouls, battements du cœur, exaltation des réflexes et du système nerveux sensitif et moteur, insomnie, cauchemars, irritabilité excessive. Tous ces symptômes relèvent d'une neurasthénie nette et d'une forme en quelque sorte intellectuelle ou morale de la neurasthénie.

Comme le fait remarquer Lejonne la neurasthénie créée par le paludisme est ici indiscutable. Il s'agit de deux hommes d'une grande capacité intellectuelle, tous deux d'une parfaite santé jusqu'à leur première atteinte de malaria. Tous deux contractent la fièvre intermittente, l'un est jeune mais reste exposé durant sa carrière à de nouvelles causes d'infection qui aggravent son état ; l'autre est dans la force de l'âge, mais il a eu trois attaques pernicieuses graves et il reste soumis à des poussées fébriles répétées qui viennent compliquer ou interrompre l'évolution de sa névrose. Dans les deux cas les manifestations sont identiques, l'inquiétude, la susceptibilité, l'excitabilité surviennent provoquant la démission de l'un d'en-

tre eux, alors que l'autre revient surtout pusillanime. Chez tous deux, du reste, la crainte domine, crainte exagérée de soi-même, exaltation morbide de la personnalité.

Assez fréquemment, plus fréquemment même que l'hystérie seule, on peut rencontrer des manifestations plus complexes ressortissant à l'*hystéro-neurasthénie*.

Ce dernier ordre de faits forme un ensemble symptomatique assez homogène qu'il est possible de catégoriser.

Dans le cas de Breuillard il semblait bien que l'on devait noter l'addition à l'hystérie prédominante de quelques troubles neurasthéniques légers. Dans les cas qui méritent réellement la dénomination d'hystéro-neurasthénie, les phénomènes relevant de l'hystérie et de la neurasthénie sont en général en proportions équivalentes.

L'exemple suivant emprunté à Lejonne constitue une observation précise d'hystéro-neurasthénie post-paludique. L'autre fait rapporté d'après Crespin par le même auteur rentre dans la catégorie étudiée à la fin de ce chapitre : faits de névrose consécutive à des causes multiples. Dans le cas de Crespin le paludisme a été une cause prédisposante et une grossesse la raison occasionnelle.

OBSERVATION empruntée à LEJONNE. — *Paludisme. Hystéro-neurasthénie.*

Jeune fille, née à Bouy, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en juillet 1889, âgée de 25 ans, mal réglée, délicate. Ni

antécédents héréditaires, ni personnels. Il y a 6 mois seulement fièvre intermittente grave avec accès quotidiens matutinaux, depuis douleurs dans les deux hypochondres, douleur interscapulaire jusqu'à la nuque, céphalée violente, battements des artères temporales. Dyspepsie pénible. A côté de ces phénomènes neurasthéniques, série de symptômes se rapportant aux stigmates de l'hystérie, boule hystérique, clou céphalique, plaques d'hyperesthésie vertébrale, ovarienne, hémianesthésie sensorielle du côté gauche.

Ici donc absence d'hérédité et de cause étrangère intercurrente.

Le paludisme peut donc en résumé, alors même que les accès sont entièrement guéris, donner naissance à différentes névroses, et cela en dehors de tout antécédent héréditaire quelconque. Le paludéen devient un nerveux : l'un sera hystérique, l'autre neurasthénique, le troisième hystéro-neurasthénique.

II. — *Syphilis*. — La syphilis remplit encore plus que le paludisme un rôle important dans le développement des névroses, elle semble être la maladie créatrice par excellence des phénomènes nerveux fonctionnels, peut-être en raison même de sa ténacité et eu égard aux troubles de nutrition persistants qu'elle entraîne alors même qu'elle paraît guérie.

La question des névroses post-syphilitiques date depuis plus longtemps que celles des névroses postpaludiques ; elle a pris surtout dans ces derniers temps une importance assez grande, grâce surtout à l'initiative de Fournier de Gilles de la Tourette et à l'étude faite par eux des

accidents désignés sous le nom d'accidents *parosyphilitiques*.

La syphilis agit non seulement à titre de *syphilis acquise* mais aussi à titre de *syphilis héréditaire*.

Ces troubles parasyphilitiques ne sauraient se distraire du cadre de la syphilis, « vouloir les en détacher, dit « Fournier, serait commettre une erreur semblable à « celle qui consisterait à passer sous silence les compli- « cations urémiques de la scarlatine sous prétexte que « ce ne sont pas à proprement parler des accidents scar- « latineux.

En 1848, Bertherand, peu après Faïd, rapportent des observations d'hystérie syphilitique.

Dès 1862, Zambaco admettait l'existence, consécutivement à la syphilis, d'une hystérie qu'il considérait comme symptomatique de la syphilis se fondant surtout sur ce fait que les accidents disparaissent par l'emploi des mercuriaux. En 1875, Fournier démontre que l'infection syphilitique pouvait exercer une véritable action de rappel sur une hystérie antérieurement existante, il indique de plus que l'anesthésie considérée comme exclusivement tributaire de la syphilis appartient dans un grand nombre de cas à l'hystérie.

À côté de ces faits de rappel il existe des observations assez nombreuses d'hystérie réellement créée par la syphilis. C'est ainsi que chez certaines femmes à la période secondaire notamment on peut observer des phénomènes hystériques qui n'ont été précédés avant l'infection d'aucun accident semblable et dont les manifestations nées en même temps que d'autres manifestations spéci-

fiques affectent avec ces derniers une évolution parallèle, constituant comme une hystérie secondaire.

Les cas de réveil d'hystérie ne sont pas rares et il serait facile d'en réunir un certain nombre. Les observations suivantes dues à Faïd, Raymond, à Potain, méritent d'être citées à titre d'exemple.

OBSERVATION EMPRUNTÉE A FAÏD.

Femme ayant antérieurement présenté des attaques de grande hystérie très nette, contracte la syphilis et voit se reproduire à l'occasion de ses accidents secondaires des attaques nouvelles d'hystérie avec anesthésie généralisée. Ces attaques précédées d'un aura (boule hystérique) se répètent à plusieurs reprises la nuit ou le jour. Il est à remarquer que les accidents hystériques retrocèdent avec les accidents syphilitiques, bien que moins rapidement.

OBSERVATION empruntée à PAUL RAYMOND. — *Hystérie réveillée par la syphilis.*

Femme à antécédents héréditaires inconnus, ayant présenté de 17 à 19 ans des manifestations hystériques qui disparurent dans la suite. A 26 ans chancre induré, elle entre à l'hôpital, voit sa voisine de lit atteinte d'une paralysie syphilitique, elle fait alors une paralysie psychique à développement graduel. On constate tous les stigmates de l'hystérie, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie. Plus tard elle concentre son attention sur

une autre malade devenue sourde à la suite d'une otite et devient sourde à son tour. Un jour elle se disputa assez vivement avec l'infirmière et tout à coup sa paraplégie disparut complètement; quelque temps après elle quitta l'hôpital conservant sa surdité.

Les deux observations suivantes empruntées à des leçons cliniques du professeur Potain sont très caractéristiques.

OBSERVATION (résumée). — *Hémiplégie hystérique chez un sujet syphilitique.*

Femme devenue syphilitique il y a sept ans. Chancres suivis de roséole, de kératite. Sujet très nerveux, très irritable, a été somnambule pendant sa jeunesse. Depuis plusieurs mois, engourdissement dans les membres inférieurs.

Un matin, au lever, douleur vive dans l'oreille gauche, avec engourdissement dans tout le côté gauche; le soir, hémiplégie. Les membres gauches sont devenus inertes, flasques. Face déviée à droite, inoclusion de la paupière gauche avec strabisme intense. Anesthésie gauche, complète pour tous les modes de la sensibilité, empiétant un peu sur le côté droit, au niveau du tronc. Amaurose presque complète à gauche, perte de l'ouïe, du goût et de l'odorat de ce côté.

OBSERVATION (résumée). — *Hystéro-épilepsie d'origine syphilitique.*

Garçon boulanger de 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Frères et sœurs nerveux.

Lui-même a toujours été nerveux, irritable, jamais d'attaques, c'est un ivrogne, mais non un alcoolique.

En 1879, chancre induré, traitement incomplet par l'iodure de potassium, Il y a sept mois et demi, dès le matin, céphalalgie sincipitale intense, dans l'après-midi, chute sur le sol, accompagnée de perte de connaissance, fatigue extrême à la suite de cette attaque.

Deux mois après, nouvelle attaque, quatre ou cinq jours après celle-ci, hémiparésie gauche. Le 4 mars, troisième attaque, il entre à l'hôpital où M. Potain constate une hémiparésie gauche avec hémianesthésie, achromatopsie, rétrécissement du champ visuel et diplopie à gauche; perte du goût et de l'odorat à gauche également. De plus, on note l'existence d'une exostose crânienne située au niveau de la suture sagittale. Traitement mercuriel et ioduré semblant produire une légère amélioration. Il y a dix-sept jours, quatrième attaque dans laquelle mouvements convulsifs, limités au côté gauche du corps, interrompus par une sorte de raideur cataleptiforme. La crise se termine par des larmes.

L'exostose crânienne devient un peu douloureuse, il n'existe aucune autre altération osseuse. La céphalalgie sincipitale est très pénible; on constate la même hémianesthésie gauche pour tous les modes de sensibilité.

Il s'agit d'une attaque bien réellement hystéro-épileptique chez un malade atteint d'exostoses syphilitiques

(exostoses crâniennes) qui pour le professeur Potain auraient joué le rôle d'une véritable épine attirant les désordres du côté du système nerveux.

Dans le cas précédent où il existait une hémiplegie flasque, une hémianesthésie et des troubles sensoriels, le professeur Potain attribue un rôle à la lésion intra-crânienne, qui grâce à l'irritation générale du système nerveux qu'elle aurait produite, aurait réalisé la névrose. Loubat a rapporté des faits du même genre.

Parmi les travaux qui traitent de la question de l'hystérie provoquée par la syphilis la thèse de Richard sur l'hémiplegie hystérique chez les sujets syphilitiques mérite d'être citée. L'auteur n'établit pas, il est vrai, de différence entre les faits où l'hystérie a simplement été réveillée et ceux où elle a été véritablement provoquée par la syphilis.

Telle n'était pas la conclusion de Bertherand et Zambaco, de Debove et Achard, de Fournier, qui rapportent de nombreux faits d'hystérie développée sous l'influence exclusive de la syphilis.

Les observations rassemblées par Zambaco ont trait surtout à des faits d'hystérie convulsive : voici brièvement résumées quelques-unes d'entre elles.

OBSERVATION empruntée à ZAMBACO. — *Hystérie provoquée par la syphilis.*

Femme de 20 ans, entrée à l'hôpital, le 21 août 1858, avec des symptômes généraux faisant croire à l'invasion

d'une fièvre éruptive. Le soir elle est prise d'étouffements et de mouvements convulsifs ; le tronc se soulève en forme d'arc en oscillant ; le tout se termine par une crise de larmes (sensation de boule).

Le 25 août apparition d'une roséole qui prend rapidement le caractère de la roséole syphilitique ; à ce moment les accidents hystériques diminuent. Traitement mercuriel. En septembre reprise des accidents nerveux qui s'affaiblissent de nouveau en octobre, au contraire l'éruption syphilitique augmente considérablement.

En décembre amélioration des lésions cutanées, guérison des accidents nerveux.

OBSERVATION empruntée à ZAMBACO. — *Hystérie provoquée par la syphilis.*

Jeune fille de 14 ans, bien réglée antérieurement, s'aperçoit de ses chancres mais ne se soigne pas, les règles disparaissent, la santé s'affaiblit, les cheveux tombent. Céphalée violente, leucorrhée, dyspepsie, apparition de crises nerveuses convulsives se répétant tous les trois ou quatre jours, serrement de poitrine, palpitations. Ces accidents non soignés durent pendant un an, puis un beau jour le médecin éclairé sur la nature de la maladie met la jeune fille au traitement mercuriel, dès lors la guérison, tant des accidents nerveux que des troubles syphilitiques, ne se fit pas attendre.

Le professeur Fournier rapporte le fait suivant :

Un jeune homme contracte la syphilis en 1884. Il maigrit tellement qu'il devient méconnaissable. En 1887, parésie du membre inférieur gauche avec perte de la sensibilité dans ses trois modes, secousses dans la jam-

be, douleurs lancinantes, affaiblissement du réflexe rotulien. Stigmates hystériques, abolition du réflexe pharyngé, rétrécissement du champ visuel à gauche, dyschromatopsie gauche. Affaiblissement de l'odorat et de l'ouïe, du goût du même côté.

Il s'agissait en réalité d'une monoplégie hystérique provoquée par la syphilis.

L'observation suivante due à Bertherand, dont le nom a été rappelé plus haut, constitue une des premières observations d'hystérie syphilitique; elle offre un certain intérêt en ce qu'elle mentionne la disparition lente, il est vrai, des accidents par le traitement spécifique.

Les observations de Faid, l'observation recueillie par Guinon dans le service du professeur Landouzy, répondent à des faits du même genre : dans tous ces cas, l'hystérie variable au point de vue clinique paraît aussi être provoquée directement par la syphilis et en dehors de toute antécédence héréditaire ou personnelle.

M. Teissier a recueilli les deux observations suivantes dont voici le résumé.

OBSERVATION (inédite). — *Hystérie post-syphilitique. Stigmates. Troubles de la sensibilité.*

M..., 26 ans, entre le 22 décembre 1890 à l'hôpital de la Charité, salle Bouillaud, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Nuls à tous les points de vue.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'en-

fance. Bonne santé habituelle. Jamais de symptômes viscéraux ni de convulsions. Blennorrhagie, puis syphilis pour laquelle il suit d'abord un traitement spécifique. Il semble guéri de sa syphilis lorsque trois mois environ après la disparition des accidents secondaires il ressent dans l'avant-bras gauche une douleur assez vive. Cette douleur survenue durant son travail a persisté depuis, et c'est à cause d'elle qu'il rentre à l'hôpital.

État actuel.—A l'examen du bras gauche, il est impossible de noter l'existence de points douloureux névralgiques. Cette douleur plutôt vive ne présente nullement les caractères d'une douleur de névrite, elle est mobile.

En même temps que l'hyperesthésie on trouve de l'absence de sensibilité à la douleur, au tact et à la température, sur tout le bras gauche. Dans tous les autres points du corps la sensibilité est normale.

Absence de réflexe pharyngien. Rétrécissement du champ visuel à gauche.

Le malade, qui présente quelques plaques opalines sur les amygdales est remis au traitement mercuriel. La douleur disparaît assez rapidement en même temps que l'anesthésie lente s'améliore.

Le malade sort après deux mois de séjour à l'hôpital ne conservant qu'une légère diminution de sensibilité au niveau de la main et de l'avant-bras gauche.

OBSERVATION (inédite). — *Syphilis médullaire. Hystérie.*

Ch. N..., 49 ans. Entre le 2 novembre 1893, salle Laënnec, lit 11.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans d'une maladie de foie. Alcoolisme. Mère morte à 61 ans, a toussé longtemps.

Grandpère, grand'mère inconnus. Un oncle maternel mort éthylique. Un autre de tuberculose ; leur sœur a des attaques nerveuses.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance autres que la diphtérie, 7 ans de service militaire. Pas d'alcoolisme, pas de nervosisme, tempérament au contraire très calme.

En 1880 syphilis : soigné à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Mauriac. Accidents secondaires multiples. Sort guéri, à son dire, de l'hôpital.

Il reprend son travail et deux mois après lésions gommeuses dont on voit aujourd'hui encore les cicatrices.

Il retourne à l'hôpital du Midi et sort guéri au bout de deux mois pour reprendre son travail qu'il continue sans interruption durant deux ans. Toujours douleur dans la gorge, cette douleur persistant, il rentre à l'hôpital du Midi, avec un début de perforation du voile du palais. Durant son séjour au Midi, pleurésie qui guérit comme les autres accidents.

Jusqu'en 1888, rien de particulier ; à cette époque engourdissement, affaiblissement du bras gauche, début de contracture qui persiste depuis. Le malade était à ce moment découpeur sur bois, et point particulier à noter, la position dans laquelle son bras se contractura était précisément celle qu'il avait dans l'exécution de son travail.

Cette contracture était survenue sans causes. Absence de chagrin, surmenage, émotion, intoxication professionnelle. Il est remis au traitement ioduré et semblait aller mieux, lorsque quelques mois après il est pris, sans cause, de faiblesse dans les deux jambes ; impossibilité de se tenir debout. Rachialgie surtout nocturne. Il entre à Saint-Antoine dans le service de M. Letulle qui le traite par l'iodure de potassium à haute dose, il reste sept semaines à l'hôpital et sort à peu près complètement

guéri. Jamais de douleurs fulgurantes; pas de troubles sphinctériens.

Il peut reprendre son travail, mais sur la fin d'octobre dernier il est pris de faiblesse dans les jambes pour laquelle il rentre à la Charité.

Etat actuel. — Homme assez robuste, présentant des traces de gommès multiples, jambes, cuisses, avant-bras. Pas de troubles trophiques cutanés ou musculaires.

Système nerveux. — Etat mental normal. Pas de tremblements. Réflexes rotuliens exagérés. Pas de clonus du pied. Réflexes pharyngiens abolis. Réflexes pupillaires à la lumière, à l'accommodation, normaux.

Hémi-anesthésie gauche totale, au tact, à la douleur et à la température. Sens musculaire conservé. Rétrécissement du champ visuel à gauche. Pas de dyschromatopsie.

Troubles de l'ouïe, de l'odorat, du goût à gauche.

Démarche spasmodique, pas d'incoordination motrice.

Pas de troubles du langage.

Autres appareils normaux.

Ces diverses observations suffisent à montrer l'importance du rôle de la syphilis dans le développement de l'hystérie directement créée par elle ou simplement réveillée. Qu'il s'agisse de cas d'éveil ou de réveil, l'hystérie se montre selon son type moteur ou sensitif. Cette hystérie se manifeste à des étapes variées de la diathèse, apparaissant, soit à la période secondaire et évoluant en même temps que les autres accidents syphilitiques, soit dans la période tertiaire, à des époques différentes. Si elle est essentiellement polymorphe, il semble qu'on doive lui distinguer, au point de vue évolutif, trois formes principales : une forme *atténuée légère* à peine sensible

marquée le plus souvent par l'existence de quelques stigmates et troubles sensitifs; une *forme moyenne* la plus fréquente caractérisée par un éréthisme nerveux général, vague, mal défini, par des troubles de sensibilité variés, plus rarement par des troubles sensoriels; une forme *grave* avec prédominance de troubles moteurs et surtout l'hémiplégie considérée par Richard comme l'expression prédominante des troubles moteurs hystériques, parasyphilitiques, notamment à la période tertiaire.

Dans cette dernière forme devaient assurément rentrer un certain nombre d'accidents classés autrefois sous le nom de syphilis médullaire ou cérébrale. L'on voit donc que le tableau symptomatique de l'hystérie parasyphilitique ressemble à celui de l'hystérie vulgaire, il semble cependant que dans certains cas la syphilis puisse imprimer un certain cachet aux accidents hystériques.

Témoin l'observation suivante résumée d'après Guinon et empruntée à Charcot qui a trait à un fait de céphalée hystérique chez un syphilitique simulant la céphalée spécifique.

OBSERVATION empruntée à M. CHARCOT. — *Hystérie chez un syphilitique, céphalalgie hystérique simulant la céphalée syphilitique.*

Homme de 28 ans, qui contracta la syphilis à 18 ans et la soigna fort mal. Le 1^{er} janvier 1884 en rentrant chez lui il tombe subitement privé de connaissance; lorsqu'il revint à lui on constata qu'il était atteint d'hémiplégie et

d'hémianesthésie droite avec contracture non-seulement des muscles du bras et de la jambe mais encore de la langue dont la pointe courbée s'appliquait avec force contre les molaires droites. Quelques jours après survenaient les céphalées nocturnes partant d'un point pour irradier dans le voisinage; et un peu plus tard des convulsions d'apparence épileptiforme. Le mercure et l'iodure furent largement employés, mais si la paralysie a pu s'amender elle ne guérit jamais complètement, entrecoupée qu'elle fut par deux attaques apoplectiformes, pas plus du reste que les céphalées qui persistent encore aujourd'hui avec leur caractère nocturne. On crut être en présence d'accidents syphilitiques jusqu'au jour où M. Charcot fit remarquer que l'hémiplégie outre qu'elle était marquée par une diminution très accentuée du sens musculaire, était accompagnée d'hémianesthésie complète, phénomène rare dans les lésions organiques. De plus, les phénomènes qui s'étaient passés du côté de la langue étaient d'ordre spasmodique et non paralytique, ressortissant ainsi de bien près au spasme glosso-labié des hystériques; et les crises convulsives survenues entre temps offraient les caractéristiques des attaques de l'hystérie masculine.

Avec la céphalée était apparue une hyperesthésie telle du cuir chevelu que le malade ne pouvait supporter le moindre frôlement, phénomène hystérique de premier ordre qui n'a rien à faire avec la syphilis. Un traitement parfaitement dirigé n'avait pu avoir raison d'accidents qui cèdent d'ordinaire à semblable médication. Cependant il y avait tout lieu de supposer que le terrain sur lequel évoluait l'hystérie n'avait pu être indifférent à la localisation de la névrose; peut-être un jour avait-il existé une céphalée syphilitique promptement guérie par le traitement et la céphalée hystérique s'était-elle substituée à la céphalée spécifique depuis longtemps disparue en évoquant pour les faire revivre les souvenirs laissés ou im-

primés dans le cerveau suivant le mécanisme de l'auto-suggestion.

L'histoire de la *neurasthénie* syphilitique offre non moins d'intérêt que celle de l'hystérie : et récemment encore elle était l'objet d'un travail publié par M. Merlier sous l'inspiration du professeur Fournier.

Depuis longtemps déjà M. Fournier avait observé au cours de la syphilis des manifestations nerveuses, multiples et variées, qu'il désignait sous le nom général de *nervosisme secondaire*. Ce *nervosisme* se rapportait en réalité à la maladie de Beard, et la *neurasthénie* devait dès lors être considérée comme une conséquence fréquente de la syphilis.

Cette *neurasthénie* se rencontre à diverses périodes de l'infection, le plus souvent associée aux accidents secondaires, parfois même apparaissant isolément. Ce sont ces cas isolés que l'on a cherché si longtemps à considérer comme une expression de la syphilis elle-même. Elle se manifeste sous différentes formes, tantôt atténuée elle est représentée alors le plus fréquemment par la céphalée si caractéristique, tantôt elle représente le type complet et s'affirme surtout par la prédominance des phénomènes cérébraux et médullaires.

La *neurasthénie* se rencontrera donc sous une forme aiguë dans la période des accidents secondaires, suivant dans certains cas une évolution parallèle ; elle se rencontrera aussi dans la seconde et dans la troisième année de la maladie. C'est ainsi que Fournier a pu la retrouver à des dates très éloignées plus de vingt ans après le début

de la syphilis, affectant la forme fruste, la forme-cérébrale, thénique ou myélasthénique ou la variété adoucie vague désignée par Fournier sous le nom de « langueur asthénique générale. »

Parfois on peut se trouver en présence de symptômes médullaires ou cérébraux assez accentués pour créer ce que l'on a appelé le pseudo-tabès et les pseudo-encéphalopathies neurasthéniques.

Le malade prétend n'avoir plus de jambes, et marche sur du coton. Il accuse des élancements douloureux, des éjaculations rapides, de la spermatorrhée, des troubles de la vue, des vertiges. On pense au tabès tout d'abord, mais l'état des réflexes patellaires, des pupilles, des fonctions vésicales permettent en général le diagnostic.

D'un autre côté la cérétrasthénie fréquente chez certains syphilitiques peut simuler une paralysie générale. L'examen attentif rendra toute erreur impossible, car l'ensemble neurasthénique est loin de réunir les symptômes essentiels de la paralysie générale.

L'observation suivante est un exemple de neurasthénie secondaire. Il s'agit d'un jeune malade qui a subi sous les yeux même de Fournier, deux crises de neurasthénie au niveau de la période secondaire.

Dans chacune de ces crises, l'élément prédominant était représenté par des symptômes de langueur, de dépression, d'apathie « d'avachissement. » Le malade affirmait ne pouvoir ni lire, ni travailler, il passait des mots en écrivant, accusait des malaises nerveux, des impatiences, une émotivité singulière, des vertiges, des troubles dyspeptiques, même des troubles de locomotion, il était

tombé dans un réel état d'hypochondrie, vivant seul, se déclarant impuissant alors cependant qu'il recevait chez lui des femmes de mœurs légères. Il exerçait correctement ses fonctions de clerc dans une grande étude de Paris. Il prétendait ne pouvoir parler et relatait cependant ses souffrances avec la plus grande facilité d'élocution.

Tel est, en effet, le tableau symptomatique que l'on rencontre le plus souvent en pareil cas.

L'observation suivante empruntée à Guinon, concerne un fait à peu près analogue. Il est à remarquer toutefois que le terrain neurasthénique avait été même un peu préparé par les antécédents hystériques de la mère. Ce fait serait un exemple de neurasthénie secondaire à l'hérédité hystérique, succession moins fréquente que la transformation nerveuse.

OBSERVATION empruntée à GUINON. — *Neurasthénie provoquée par la syphilis.*

Jeune officier de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère très probablement hystérique, un frère violent, une sœur souffrant d'attaques de nerfs.

Histoire de la maladie.

En août 1888 chancre induré, plus tard maux de gorge, plaques muqueuses dans la bouche et quelque temps après période fébrile de quelques jours. En septembre céphalée fronto-occipitale et apparition de syphilides papuleuses cutanées. Le malade part en voyage. Dès ce

moment l'ennui qu'il avait ressenti lorsqu'il s'aperçut qu'il avait contracté la syphilis, augmente au point de tourner à l'hypochondrie. La céphalée syphilitique qui apparaissait plutôt le soir fit place dans la journée, lorsque le malade voulait se livrer à quelque travail intellectuel, à des maux de tête en cercle caractéristiques, tout différents de ceux qu'il éprouvait autrefois. De plus il se mit à souffrir de douleurs subjectives variées, changeantes et mobiles dont il se tourmentait beaucoup. Quand il revint de voyage il était dans le même état. Dans l'intervalle il avait eu une nouvelle poussée de syphilides cutanées, en particulier au niveau du front; aujourd'hui il ne présente plus aucune lésion syphilitique sinon quelques ganglions occipitaux un peu engorgés mais non douloureux.

La céphalée neurasthénique persiste, les douleurs subjectives aussi, l'état mental est plutôt triste, le malade s'affecte énormément en pensant que tous les symptômes dont il souffre, qui sont en réalité dus à la neurasthénie, sont le fait de sa syphilis qu'il croit à cause de cela d'une gravité exceptionnelle. Il n'existe aucun trouble sensitif, ni aucun signe d'hystérie; une notable diminution de l'acuité auditive du côté droit est due à une lésion organique de l'oreille qui serait pour certains otologistes de nature syphilitique, pour d'autres non. L'hydrothérapie, un peu de confiance rendue à ce malade amendent assez rapidement les symptômes neurasthéniques.

M. Merlier a pu réunir deux observations de neurasthénie syphilitique qui ne sont à quelques variantes près que la reproduction des observations précédentes. Nous avons pu de notre côté recueillir deux faits, l'un concer-

nant la variété neurasthénique de la névrose, l'autre la variété plus adoucie de langueur asthénique générale.

OBSERVATION (personnelle et inédite).

X..., avocat, 25 ans. Rien à signaler au point de vue névropathique ou autre dans les antécédents héréditaires.

Excellente santé habituelle. Très intelligent. Très travailleur. A eu dans ses différentes études des succès constants. Se livre aux exercices physiques sans exagération. Caractère plutôt calme. Célibataire.

Il contracte la syphilis il y a un an environ. L'accident primitif a son siège à la verge. Il évolue dans les délais classiques, suivi assez rapidement d'accidents secondaires (plaques muqueuses, roséole) de peu d'intensité. Il se soigne avec énergie, préoccupé de sa syphilis alors même qu'il ne présente aucun accident. Dans les premiers temps il paraît avoir eu de la céphalée syphilitique qui a cessé à la suite du traitement spécifique. Depuis trois mois environ il dit éprouver des maux de tête qui ne ressemblent pas aux précédents. Durant tout le jour il éprouve avec des degrés divers d'intensité un malaise, une sorte de lourdeur qui occupe toute la tête. Ses névralgies cessent durant la nuit. Le matin cependant il se réveille la tête lourde, alors même qu'il a passé une bonne nuit. Il passe désormais son temps à rechercher s'il ne constate pas des plaques muqueuses dans sa gorge, d'éruption syphilitique sur le corps.

Son caractère se transforme. Il devient triste, morose. Incapable de se livrer à un travail soutenu ou de partager les amusements de ses amis qu'il évite. Il ne fait plus aucun exercice et reste toute la journée chez lui seul,

n'adressant la parole à personne. Il ne veut plus aller au Palais.

Le médecin qui le soigne ordonne son déplacement dans une station maritime calme, située sur les bords de l'Adriatique et où il se rend accompagné d'un ami plus âgé pour lequel il a une grande affection. Il fait de l'hydrothérapie tiède durant deux mois environ. Voyage un peu avant de rentrer en France où il revient à peu près guéri et désireux de reprendre ses occupations habituelles.

Depuis nous avons pu nous rendre compte qu'il était revenu complètement à son état normal.

OBSERVATION personnelle (inédite).

X..., 35 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue nerveux. Un père un peu goutteux ; mère migraineuse mais sans excès.

Bonne santé habituelle, robuste même jusqu'à un syphilis contractée durant un de ses séjours à Paris à l'âge de 28 ans.

Il habite, en effet, la campagne où il s'occupe à surveiller de grandes propriétés.

Il suit durant assez longtemps un traitement spécifique protoiodure d'hydargyre. Iodure de potassium. Les accidents secondaires disparaissent rapidement, et comme il lui paraît avoir retrouvé sa santé normale, il ne s'en préoccupe plus.

Il y a un an environ, il fait à Paris un séjour plus long que ceux qu'il avait pris l'habitude de faire, depuis qu'il a contracté la syphilis : soit fatigue, soit toute autre

raison, les accidents syphilitiques réapparaissent avec le caractère d'éruptions tenaces pustulo-crustacées (ecthyma syphilitique).

Il se remet au traitement mixte, mais comme les accidents persistent plus longtemps que les premiers il s'inquiète devient morose, excitable. Il se plaint de maux de tête en casque, a des insomnies, perd ses forces, se voit désormais incapable, de se livrer à ses occupations habituelles, se désintéresse de ses propriétés, refusant de prendre part aux distractions qui lui étaient familières (chasse, cheval), etc.

Les parents inquiets peuvent obtenir de lui qu'il demande conseil à un médecin. L'hydrothérapie, le massage, le déplacement, sont ordonnés, en même temps que le traitement mixte spécifique. Assez rapidement les accidents s'amendent.

L'hystéro-neurasthénie peut se rencontrer à la suite de la syphilis, et bien que nous n'ayons pu en retrouver des exemples dans les auteurs qui se sont occupés de la question, il est à supposer que cette association est tout au moins aussi fréquente que les faits de névrose isolée.

Nous citons ci-joint et à titre d'exemple l'observation suivante résumée après Merlier.

OBSERVATION (résumée). — *Syphilis, hystéro-neurasthénie masculine.*

D. L..., 23 ans, cuisinier, entre le 10 novembre 1894, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Cornil, salle Saint-Louis, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse. Père âgé de 53 ans, a eu une hémiplegie après une pneumonie.

Antécédents personnels. — Variole et rougeole dans sa jeunesse.

A 20 ans, syphilis (décembre 1891). Un peu d'éthylisme. Traitement spécifique au Midi de durée trois mois environ.

En janvier 1892. — Céphalée syphilitique intense, accidents secondaires ulcéreux graves.

Avant sa vérole le malade était sujet à quelques éblouissements mais jamais d'attaque. En février 1892, première attaque d'hystérie, avec convulsions, perte de connaissance. Depuis lors sujet à des attaques semblables précédées de fourmillements dans les jambes ou d'un état mental anxieux désagréable. Dans quelques-unes de ses attaques mictions involontaires, morsure de la langue.

Pendant son service militaire, chute de cheval causée par un éblouissement. Cet accident combiné à des hémoptysies que l'on regarde comme tuberculeuses, le fait renvoyer dans ses foyers. Ces hémoptysies surviennent, en général, à la suite d'impressions morales violentes, d'idées noires, d'impulsions criminelles. Elles se répètent quelquefois plusieurs jours de suite, en même temps, l'assitude, faiblesse dans les jambes, crampes le forçant de s'asseoir. A partir de 1893, les symptômes vont en augmentant. Aura intellectuelles et sensitives. Depuis deux ans, affaiblissement de la main droite.

Depuis 18 mois, apparition d'une céphalalgie occipitale en casque, qui va en augmentant depuis cinq à six mois, à maximum d'intensité durant le jour.

En même temps, diminution de la mémoire, état mélancolique assez profond, avec idées noires à son entrée dans le service.

Diminution de la force de flexion, doigts, poignet droit, ce qui l'empêche de tenir quelque chose d'une main ferme.

Tous les autres mouvements sont normaux. Hémianesthésie totale droite ; à gauche, abolition de sensibilité tactile, cuisse et pied. Abolition de la sensibilité à la piqure dans la cuisse. Conservation de toute les sensibilités au niveau du genou, de la jambe, du coup de pied ; lignes de démarcation nettes. Diminution générale de la sensibilité thermique.

Pseudo point ovarien gauche, pas de point testiculaire. Rétrécissement concentrique du champ visuel à droite, pupilles égales. Réflexe accomodateur diminué des deux côtés, réflexe lumineux diminué à droite, normal à gauche. Acuité auditive à peu près nulle à droite, normale à gauche. Perte du sens musculaire très diminué des deux côtés. Réflexes normaux.

Tremblement très rapide des mains depuis 4 à 5 ans. Autres viscères normaux.

Trois jours après son entrée, grande attaque convulsive précédée de fourmillements, de douleur testiculaire gauche, puis perte de connaissance : première période, fixation immobile les yeux grands ouverts, puis deuxième période, grands mouvements.

Pas de miction ni de morsure de la langue.

Après l'attaque, céphalalgie, hébétude, état silencieux, taciturne, les attaques se renouvellent tous les jours et tous les deux jours. Au bout d'une semaine, les attaques diminuent, le malade demande à sortir.

Ces exemples divers suffisent à montrer le rôle rempli par la *syphilis acquise* dans le développement des névroses, il convient maintenant de rechercher si la *syphilis héréditaire* n'est pas susceptible à son tour de donner naissance aux névroses para-syphilitiques. Le document précis manquait à ce sujet ; il s'agit d'une étude à peine ébauchée, commencée d'hier.

En ce qui regarde la *neurasthénie d'origine* hérédosyphilitique tout reste à faire. Il est vrai de remarquer qu'il est difficile d'apprécier la part qui peut revenir à cette hérédité syphilitique et celle qu'il est légitime de faire aux maladies si fréquentes de l'enfance. Il est d'autre part souvent difficile de découvrir cette hérédité syphilitique. Les quelques connaissances acquises à ce sujet appartiennent au professeur Kowalewsky de Kharkhow qui admet l'existence de la neurasthénie hérédosyphilitique.

Le professeur Fournier, d'autre part, considère le rôle de l'hérédité syphilitique *dans l'hystérie* comme des plus logiques, et cela malgré l'absence à peu près complète des travaux sur cette question. Fournier dit toutefois posséder un certain nombre d'observations relatives à des sujets qui issus de parents syphilitiques ont présenté tel ou tel symptôme non douteux d'hystérie, il cite entre autres une observation qui lui a été communiquée par Portalier, l'observation concernant un jeune homme né d'un père syphilitique, qui fut affecté vers l'âge de 15 ans d'une toux hystérique. Cette toux aurait duré six semaines et disparu subitement comme elle était apparue; plus tard il aurait présenté des accès alternatifs de boulimie et d'anorexie qu'il était légitime de rapporter à l'hystérie. Il eut en même temps des crises de polidypsie. De par les irrégularités de sa vie de par sa versatilité d'humeur, ses caprices, il constitue un type accompli d'hystérique.

La question reste néanmoins ouverte, et il faut d'autres observations pour pouvoir conclure. Il doit en être de même pour l'*hystéro-neurasthénie*, malgré l'absence de

toute observation d'hystéro-neurasthénie heredo-syphilitique.

III. — *Tuberculose.* — C'est à propos de la tuberculose que Grasset dans un mémoire dont les conclusions sont rapportées dans la dernière édition de son traité a soutenu et développé ses théories sur l'étiologie de l'hystérie.

Nous ne pouvons faire mieux par conséquent que d'exposer d'après Grasset les relations qui d'après lui peuvent exister entre la tuberculose et l'hystérie.

Nous y ajouterons seulement deux observations qui nous ont été communiquées par M. Teissier et recueillies par lui durant son internat à la Charité.

Comme pour la syphilis ils convient d'examiner le rôle de la *tuberculose héréditaire* et de la *tuberculose acquise*.

Les troubles du système nerveux sont certes fréquents chez les tuberculeux, particulièrement chez les phtisiques. En général, en dehors des cas où il s'agit de complication graves, ces troubles passent inaperçus, masqués le plus souvent par l'intensité même des localisations habituelles. Ces troubles nerveux sont multiples. Il est tout d'abord des sujets particulièrement nerveux et impressionnables chez qui l'anémie ou les troubles digestifs provoquent de bonne heure des phénomènes d'excitation ou de dépressions, des spasmes vasculaires, une exaltation de la sensibilité, de l'agitation morale et même de l'hypochondrie et de la mélancolie.

On a signalé d'autre part des hyperesthésies, des myosalgies et des névralgies.

Aux diverses phases de la phtisie, enfin on a pu noter des altérations nerveuses de divers ordres : ces troubles nerveux reconnaissant soit des lésions de l'axe cérébro-spinal, soit des lésions des nerfs périphériques. Des manifestations simplement fonctionnelles ont été observées en dehors de toute lésion organique appréciable ; ces troubles sont caractérisés soit par des modifications intellectuelles, de la manie, soit même par de l'aliénation mentale. Ces troubles intellectuels ou moraux qui peuvent s'observer dès la période initiale de la tuberculose pulmonaire, qui parfois même précèdent les premiers phénomènes thoraciques sont caractérisés surtout par une impressionnabilité excessive, une tendance à l'hypochondrie. Dans certains cas les progrès de la phtisie, les préoccupations locales du début font place à des tendances absolument contraires, à des symptômes qui peuvent être rangés parmi les phénomènes hystériques. Quelquefois mais plus rarement l'hypochondrie persiste durant toute la maladie.

On a signalé une curieuse alternance entre les signes physiques et fonctionnels de la tuberculose pulmonaire et les troubles mentaux. L'apparition de la folie semblerait chez certains sujets arrêter l'évolution de la phtisie.

En ce qui regarde la tuberculose héréditaire, Chairou avait déjà depuis longtemps noté que la tuberculose des ascendants peut prédisposer chez les enfants à l'hystérie. Cette opinion a été défendue par Grasset qui a montré que

On voyait fréquemment dans les familles de phtisiques des enfants devenus des névropathes, des hystériques, des hypochondriaques, voire même des aliénés. Parfois même ces névropathes feront une phtisie plus ou moins tardive et on pourra comme pour la folie de la tuberculose acquise noter des phénomènes d'alternance et de balancement entre ces deux manifestations de la même diathèse. Ce sont du reste ces phénomènes qui ont fait admettre pendant un moment un antagonisme entre l'hystérie et la tuberculose alors qu'il s'agit plus simplement de l'histoire des manifestations diverses et successives de la même diathèse.

Dans un travail spécial de Grasset sur les rapports de l'hystérie avec les diathèses tuberculeuses et scrofuleuses l'auteur a pu réunir 44 observations et sur ces 44 observations 25 comprenaient des faits dans lesquels la névrose était la seule manifestation de la diathèse tuberculeuse, le reste avait trait à des faits dans lesquels les manifestations thoraciques et névrosiques existaient, soit simultanément, soit successivement chez les mêmes sujets.

Dans un certain nombre d'observations l'hystérie a précédé la tuberculose, dans d'autres la tuberculose a précédé l'hystérie, dans une troisième catégorie de faits il y a eu simultanéité. Lorsque le début est simultané on n'observe pas d'alternance, les deux manifestations évoluent côte à côte, paraissant cependant s'influencer encore; le plus souvent la tuberculose pulmonaire est remarquablement lente, l'hystérie reste maîtresse du terrain, dans d'autres cas c'est la tuberculose.

Ces faits doivent être bien entendu distingués des fausses phtisies des hystériques et des fausses hystéries de phtisiques, à savoir : phénomènes hystériformes symptomatiques de la tuberculose des centres nerveux. Dès lors Grasset conclut que la tuberculose, comme toute diathèse est susceptible de créer dans sa descendance comme manifestation héréditaire directe, l'hystérie ; selon son expression l'hystérie peut être de nature tuberculeuse, le mot tuberculeux ayant ici un sens nosographique et non anatomique.

Parmi les faits de Grasset, auxquels nous renvoyons, il serait certes facile de trouver à côté des observations d'hystérie, l'existence de symptômes neurasthéniques associés, ou même l'existence de neurasthénies simples. Il est à désirer que des recherches soient entreprises dans ce sens et il n'est pas douteux qu'un simple travail de révision ou des examens consciencieux de tuberculeux permette de relater un grand nombre de ces faits.

OBSERVATION (résumée, inédite). Communiquée par le D^r TEISSIER.
Chef de clinique médicale. — *Tuberculose. Hystéro-épilepsie.*

Jeune homme, 23 ans, peu développé au point de vue thoracique, se présente à la consultation. Il toussé depuis longtemps et présente du reste tous les signes d'une tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement. Réformé du service militaire.

Antécédents héréditaires. — Mère morte jeune après

avoir longtemps toussé. Père vit bien portant. Un frère mort de convulsions, alcoolique.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves. Mais enfance malade. Adénopathies multiples non purées.

Blépharite chronique. Croissance tardive et mal venue. Il reste infantile. Caractère impressionnable, versatile, capricieux.

Depuis un an, sans raison aucune, crises survenant brusquement, le jour le plus souvent, suivies de pertes de connaissance, avec mouvements convulsifs irréguliers. Morsures de la langue parfois et écume sanguinolente, parfois cris répétés. Durée très variable. Ne se rappelle pas au réveil ce qui s'est passé ; garde après, une certaine fatigue avec lourdeur de tête, asthénie générale.

A l'examen : Stigmates hystériques. Point testiculaire gauche. Abolition du réflexe pharyngien. Réflexes rotuliens normaux. Rétrécissement concentrique du champ visuel ; à gauche anosmie et diminution de l'acuité auditive.

Diminution de la sensibilité au tact, disséminée irrégulièrement sur le côté gauche, avec retard dans la sensibilité à la douleur. Aucun trouble moteur.

Il ne s'agit pas d'épilepsie vraie, ni d'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale tuberculeuse, en raison même de l'évolution de ces crises et de l'absence de tout autre symptôme.

Le malade n'ayant pas voulu entrer à l'hôpital fut soumis au traitement par les anti-spasmodiques (valériane surtout) associée à la médication arsénicale.

Au bout de trois mois il revint à la consultation, sa tuberculose restait à peu près stationnaire, mais les cri-

ses avaient diminué, dit-il, de durée et de fréquence. Il disait avoir suivi régulièrement le traitement.

OBSERVATION (résumée) communiquée par le D^e TEISSIER, chef de clinique médicale. — *Tuberculose au début, stigmates hystériques, autographisme.*

B. M..., 33 ans, cordonnier, entré le 8 avril 1893, salle Laënnec, lit n° 19. Service du professeur Straus.

Antécédents héréditaires. — Père 70 ans, bien portant, alcoolique. Mère 67 ans, bien portante, sujette à migraines. Grands parents morts très âgés. Aucun antécédent nerveux.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Blennorrhagies répétées. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme. Soigné durant son service militaire en Italie pour une pleurésie droite dont il guérit, et pour laquelle il est réformé.

Marié depuis 10 ans à une femme bien portante.

Deux enfants, un scrofuleux. Il a toujours habité l'Italie en 1889, venu en France, il y est resté parce qu'il a trouvé du travail.

Depuis deux mois après refroidissement a contracté un rhume. Il continue néanmoins son travail mais allant plus mal il se décide à entrer à l'hôpital.

Examen actuel. — Homme de taille assez élevée, peau très blanche, main longue aux doigts légèrement hippocratiques. A maigri depuis deux mois de 5 kilogs. Thorax de cordonnier.

Symptômes généraux. — T. 37°,6. Pouls 75, normal,

régulier. P. A. 14. Pas de dyspnée. Pas de sueurs nocturnes. Peu de diarrhée.

Appareil pulmonaire. — A droite, au sommet, diminution du murmure vésiculaire, expiration rude et prolongée, râles sous-crépitaux. A gauche signes moins accentués.

Système nerveux. — Autographisme. Comme stigmates d'hystérie. Insensibilité assez marquée à la douleur. Retards dans la sensibilité au tact, à la température. Pas d'anesthésie tactile ni thermique. Réflexe pharyngien conservé. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas de troubles sensoriels.

Il n'a jamais eu d'attaques. Son caractère serait surtout dans ce dernier temps devenu inquiet, impressionnable. Il paraît mobile et très capricieux.

Il reste environ 15 jours dans le service présentant des alternatives d'hyperthermie à longues oscillations. Sueurs nocturnes abondantes. Les signes stéthoscopiques pulmonaires sont plus accentués.

Le malade sort le 5 mai sur sa demande.

§ 2. — *Infections aiguës.*

Les maladies aiguës infectieuses jouent un rôle non moins important que les infections chroniques dans le développement des névroses. Certaines d'entre elles ont même à ce point de vue une action prédominante, telles la fièvre typhoïde et la grippe dont les épidémies de récente mémoire sont suffisamment justificatives.

Il s'en faut toutefois que cette étude comprenne toutes

les maladies infectieuses aiguës ; il en est en effet pour lesquelles cette étude n'a pas été faite ; il en est d'autres aussi où cette influence paraît peu prononcée, eu égard au peu de durée et d'intensité de l'infection, d'autres enfin où les troubles nerveux fonctionnels n'ont pas été encore caractérisés, faute d'observations précises.

Depuis l'énumération fournie par Guinon des agents provocateurs infectieux dans l'hystérie, la liste s'est cependant enrichie, et de nouveaux documents sont venus montrer la part ignorée jusque-là que certaines infections aiguës prennent au développement de diverses névroses. Si la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, etc., sont bien connues à ce point de vue, il n'en est pas de même encore de la rougeole, de la blennorrhagie, des oreillons, de la suette miliaire, de l'érysipèle, dont l'influence sur le système nerveux est cependant des plus évidentes. Nous mentionnerons désormais pour chacune de ces infections les résultats acquis.

La première observation relatant l'existence des névroses consécutives aux infections aiguës est due à Sydenham. Le diagnostic est le suivant : « Petite hystérie consécutive à une maladie aiguë pour laquelle on a employé un traitement débilitant. »

Sydenham fut un jour appelé auprès d'un homme qui depuis peu de jours relevait d'une fièvre. Le médecin l'avait saigné, purgé trois fois, et lui avait interdit le régime carné. Cet homme qu'il vit habillé et raisonnant très censément ne paraissait avoir aucune maladie lorsque conversant avec lui il remarqua que sa

lèvre inférieure s'avancait par devant avec un mouvement fréquent. Le malade se mit à pleurer, eut une véritable crise de larmes accompagnée de soupirs, de gémissements qui allaient presque jusqu'aux convulsions. Peu de temps après tout cessa et Sydenham déclara que le symptôme était uniquement l'effet de l'épuisement. Le malade eut l'autorisation de manger, il n'eut plus jamais d'accidents semblables.

I. — *Fièvre typhoïde.* — On connaît depuis longtemps les troubles nerveux dynamiques post-typhiques. Ces troubles multiples portent sur la sensibilité, la motricité et sur les facultés psychiques. Mais ces troubles décrits séparément les uns des autres, ne devaient être rangés parmi l'une ou l'autre des névroses que durant ces dernières années. Il suffit en effet de feuilleter quelques observations pour trouver des symptômes analogues aux symptômes de l'hystérie ou de la neurasthénie. L'hystérie toutefois plus rapidement que la neurasthénie a été reconnue dans ses diverses formes, comme une conséquence plus ou moins tardive de l'infection typhique.

On sait avec quelle fréquence les fonctions intellectuelles peuvent rester troublée après cette maladie. Murchison admet une proportion de 67 pour 100. Cette statistique ne renferme cependant que les phénomènes bien caractérisés, et ne tient pas compte de la paresse d'esprit, des obnubilations légères de la mémoire.

Ces troubles, qui existent parfois durant la période d'incubation, s'accroissent lorsque la maladie évolue et

arrivent alors à un délire plus ou moins violent. Ils peuvent survivre à la dothiéntérie ou survenir durant la convalescence et même plus tardivement encore.

Un certain nombre de ces troubles psychiques doivent être désormais rangés dans les névroses. Il en est de même de certains troubles moteurs paralysies localisées ou paralysies s'accompagnant ou non de troubles de sensibilité multiples, parfois de phénomènes spasmodiques, tels que contractures, troubles qui s'observent le plus souvent au déclin de la fièvre typhoïde et sont le plus souvent passagers. Il s'agit le plus souvent d'*hystérie*.

Guéneau de Mussy, qu'on oublie de citer, s'appuie sur un certain nombre d'observations de paralysies survenues dans le cours de la dothiéntérie pour admettre leur origine hystérique en raison de la prédominance de ces paralysies à gauche du rôle important joué par l'anesthésie, de la guérison ou rapide et complète. Il avait remarqué comme Trousseau que chez les femmes atteintes d'hystérie la dothiéntérie dès le début peut provoquer des troubles imputables à cette névrose et qui parfois peuvent être pris pour des phénomènes ataxiques. G. de Mussy va plus loin et pense que dans un si grand nombre de cas le concours de plusieurs éléments pathogéniques explique les accidents, il ne serait pas inadmissible que le processus dothiéntérique put produire dans le système nerveux une modification analogue à celle qui détermine la disposition hystérique, modification dont la nature intime est méconnue, et dont l'on ne connaît que les manifestations.

Trousseau, un des premiers sinon le premier, a noté le

réveil de l'hystérie sous l'influence de la fièvre typhoïde. Il parle notamment d'une malade atteinte, au début d'une fièvre dothiéntérique pénible, de phénomènes paraplégiques qui cessèrent vers la deuxième semaine. La durée totale de la maladie ne fut que de huit semaines; quelques années auparavant cette femme était restée paraplégique durant un an à la suite de la disparition brusque d'un eczéma. Il y avait là aux yeux de Trousseau dans cette tendance à des paraplégies passagères une disposition hystérique ou tout au moins un état névropathique très analogue à l'hystérie.

On peut trouver un autre exemple de réveil d'hystérie dans l'observation suivante :

OBSERVATION (résumée). GRASSET. — *Hystérie consécutive à une fièvre typhoïde bénigne.*

Jeune fille de 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte à la moindre émotion de tremblements nerveux prononcés. Une sœur très nerveuse, rien autre.

Antécédents personnels. — Tempérament lymphatique et nerveux. Anémique de longue date. Appétit capricieux, digestions lentes, mais jamais de crises nerveuses, aucune manifestation hystérique antérieure, menstruation irrégulière. Fièvre typhoïde à évolution irrégulière, à intensité moyenne, s'accompagnant d'un faible retentissement sur le système nerveux.

Le 28 décembre, c'est-à-dire un mois et demi environ après le début de la fièvre typhoïde, cette malade qui se

levait sans difficulté est atteinte d'une impossibilité à peu près absolue de marcher, c'est à peine si elle peut faire deux ou trois pas; cette paraplégie existe sans rachialgie, sans douleur spontanée ou à la pression de la colonne lombaire.

A l'examen de la malade, stigmates d'hystérie, anesthésie relative dans tout le côté gauche, anesthésie pharyngée absolue, rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés et surtout à droite. Ovarie droite, points douloureux à l'angle de l'omoplate et à la partie moyenne de la région dorsale de la colonne vertébrale. Aphonie se surajoutant à ces symptômes le 7 janvier; le 9 au matin, subitement paraplégie et aphonie disparaissent en même temps que la menstruation apparaît.

Le Professeur Landouzy emprunte aux études cliniques du Dr Rose John Cormak, une observation dans laquelle il s'agit d'une femme de 21 ans, qui vers le déclin de la dothiéntérie fut prise d'une paralysie des membres inférieurs, d'aphonie qui dura trois jours et ensuite d'une hémiplegie gauche, qui après 15 jours avait notablement diminué. Il existait de plus de l'anesthésie, de l'hémi-anesthésie, l'intelligence était restée intacte et au bout d'un mois, elle était complètement guérie.

On ignore si avant l'invasion de la fièvre, cette malade avait présenté quelques symptômes hystériques ou neuropathiques.

Il en est de même d'une autre observation de paralysie post-dothiéntérique, observation recueillie dans le service du Dr Millard. Il s'agit d'une femme de 29 ans, guérie depuis trois mois d'une fièvre typhoïde, qui avait

mené une vie très active et avait repris de l'embonpoint, elle assurait n'avoir jamais éprouvé d'accidents hystériques. Elle tomba un jour sans cause apparente. Cette chute se répéta et elle laissait parfois échapper de ses mains les objets qu'elle portait. Bientôt la paralysie s'accrut davantage, elle ne marche que difficilement et fléchit fréquemment, elle est obligée alors de prendre le lit; ses jambes sont très amaigries, ses mains sont maladroites, sa parole est embarrassée, pâteuse, bredouillante, sa mémoire est hésitante et ses facultés intellectuelles ont subi un affaiblissement qui inquiète la malade; le côté gauche est plus ou moins anesthésié, dans certaines parties, comme le mollet, l'anesthésie est complète, elle est très peu prononcée au contraire à l'avant-bras. La vue est trouble, l'ouïe a perdu son acuité. Quelques jours après elle a une parésie du voile du palais avec issue des aliments, des boissons, par le nez, cette parésie du voile du palais diminue au bout de huit jours mais alors les sphincters perdirent leur contractilité; les selles et les urines deviennent involontaires. En même temps la malade accusa une vive douleur dans la région lombo-dorsale, on crut à une myélite et on fit même sur le rachis des applications de pointes de feu, après la première application, la vessie et le rectum avaient recouvré leur contractilité et la marche devint plus facile.

Huit jours plus tard la sensibilité et la motilité avaient fait des progrès notables, seule la vision s'améliorait plus lentement; 15 jours après son admission à l'hôpital cette femme était toutefois en pleine convalescence.

Cette parésie presque générale montre, à n'en pas douter, une affinité très grande avec les paralysies hystériques, et cependant on n'avait jamais observé chez cette femme de phénomènes hystériques. Si, comme le dit Guéneau de Mussy, on ne peut attribuer ces deux espèces de paralysies à la même origine, il faut admettre une grande analogie dans la modification intime du système nerveux qui les produit.

L'observation empruntée à Trousseau (*Cliniques*), est un fait du même genre.

OBSERVATION (résumée). — *Paraplégie hystérique dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.*

Jeune fille, âgée de 12 ans, atteinte de fièvre typhoïde grave, se trouve dans l'impossibilité de marcher, pendant la convalescence, on est obligé de la traîner dans une petite voiture. La situation ne s'améliorait pas lorsqu'un jour qu'on avait enfermé par mégarde l'enfant dans sa chambre en retirant la clef, on fut surpris de trouver la porte ouverte, la malade debout, ayant marché pour se délivrer elle-même, on crut à un miracle mais le lendemain la paralysie se reproduisait et quelque temps après, suivant les renseignements donnés à Trousseau, elle ne marchait toujours pas.

Cette observation a été citée par Landouzy. A son sujet Trousseau faisait remarquer qu'il ne s'agissait certainement pas de ces paralysies consécutives à la fièvre putride, celles-ci ne cessant pas aussi brusquement, et quand elles ont cessé ne reparaissant pas avec une aussi grande rapidité.

Guinon rapporte le fait publié par Charcot d'une paralysie hystéro-traumatique survenue chez une malade qui avait présenté autrefois à la suite d'une fièvre typhoïde une aphonie qui dura plusieurs mois. Quoi qu'on n'ait pu avoir de renseignement précis au sujet de cette aphonie, Guinon regarde comme certain qu'il s'agissait-là d'une manifestation hystérique, la première qui se soit présentée chez le sujet ; or, c'est justement au sortir d'une grave maladie que ce premier symptôme a fait son apparition.

Les différents exemples que nous venons de rapporter ont trait à l'hystérie motrice, il serait facile d'en citer où les troubles de la sensibilité sont prédominants. Nous croyons devoir seulement signaler les observations suivantes recueillies dans les monographies de MM. Souques et Bardol, observations qui, du reste, n'avaient pas été publiées à titre d'hystérie typhique. Dans ces deux cas l'hystérie a simulé une affection organique du système nerveux, pseudo-tabès et pseudo-méningite.

Souques a montré combien l'hystérie, névrose mimétique par excellence pouvait prendre les allures d'une affection cérébrale ou médullaire. Les faits qui ont été signalés en dehors des névroses infectieuses appartiennent donc aussi à ces dernières.

OBSERVATION empruntée à SOUQUES. — *Syndrôme hystérique simulateur du tabès.*

P. P., 42 ans, journalier.

Antécédents héréditaires. — Grands parents du côté

paternel inconnus. Rien du côté maternel. Père mort à 75 ans, original paraît-il. N'a pas connu sa mère.

Antécédents collatéraux. — A un frère, bien portant, une sœur morte d'apoplexie cérébrale. Pour les collatéraux plus éloignés renseignements vagues, négatifs au point de vue du système nerveux.

Antécédents personnels. — Ni syphilis, ni alcoolisme. A toujours été bien portant jusqu'à il y a sept ans, époque à laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre muqueuse ; il y reste trois mois et en sort guéri pour entrer à l'école Massillon comme garçon de dortoir. En septembre 1889 admis à l'hôpital Andral pour une fièvre typhoïde, il y reste dix mois. La dothiéntérie aurait été très grave et aurait duré quatre mois. Au moment de la convalescence il est pris de phénomènes paralytiques généralisés, mais plus accentués au membre inférieur, ce qui l'a empêché de se lever. Cette paraplégie était accompagnée de douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs durèrent trois semaines, elles revenaient tous les soirs vers sept heures et ne cessaient que vers trois heures du matin, elles étaient vives, rapides, elles sillonnaient les jambes surtout celle du côté droit, parfois même elles étaient tellement violentes qu'elles le faisaient pleurer, et qu'elles lui faisaient désirer instamment l'amputation. Ces douleurs n'étaient pas superficielles et elles ne laissaient pas de plaques d'hypéresthésie cutanée; leur siège en effet n'était pas douloureux à la palpation. Avec ces douleurs des membres inférieurs coïncidaient des douleurs autour de la ceinture et le long du rachis à tel point qu'il était toujours courbé en avant, plié en deux, et qu'il restait ainsi immobile sans oser se redresser de peur de les exagérer. Après cette période de trois semaines les accidents

douloureux ne sont annulés ; ils ne reviennent plus maintenant que de temps à autre et ne durent que quelques minutes.

Vers la fin du mois de mars, il eut une attaque convulsive, il venait de prendre un bain lorsqu'il a éprouvé des douleurs dans les bras et des nausées suivies de toux quinteuse ; il perdit connaissance. Cette attaque aurait été caractérisée par des secousses dans le bras droit, et par des phénomènes vaso-moteurs dans le côté gauche du corps.

Depuis lors, plusieurs crises analogues durant chacune trente minutes, une heure et même davantage et venant tous les deux jours le soir vers 5 heures.

Un jour, à la suite d'hallucinations de la vue (il avait au soir, vu sur sa table de nuit un animal fantastique), il est pris d'une attaque suivie de phénomènes apoplectiformes qui durèrent quelques heures, et de délire avec vision d'animaux effrayants pendant toute la soirée. Les troubles disparurent à la suite d'une application de glace sur la tête. Il aurait eu à la suite de cette attaque, une déviation de la bouche qui aurait disparu avec une nouvelle crise. Le 4 avril, attaque suivie de rétention d'urine. Depuis ce moment, cette rétention a persisté, il ne peut uriner seul ; on le sondait deux fois par jour, un jour il eut un accès de fièvre urineuse.

Durant mai et juin, anorexie absolue, il ne veut rien manger, et on est obligé de l'alimenter avec des lavements nutritifs. Il fait alors plusieurs séjours dans divers hôpitaux qu'il quitte tour à tour sans motifs sérieux, et il rentre enfin à l'hôpital Necker, marchant difficilement et affecté d'un embarras de la parole qui avait fait songer tout d'abord à une sclérose en plaques. Le professeur Dieulafoy diagnostique l'hystérie. Dans un accès de mauvaise humeur, il quitte le service et vient à la Salpêtrière.

État actuel (26 août 1890).

Ce qui frappe à première vue chez ce malade, c'est l'incoordination motrice, il marche péniblement, les membres inférieurs un peu fléchis, le tronc un peu penché en avant, à petits pas, jetant ses jambes en dedans en les entrecroisant; au lit, il soulève ses jambes avec peine, brusquement, sans proportionner l'effort à la distance et va à côté du but. Il ne peut rester debout les yeux fermés; les réflexes rotuliens sont normaux. En plus, douleurs dans les membres inférieurs, dans le dos, autour de la ceinture, douleurs vives, très rapides, sans hyperesthésie cutanée, siégeant de préférence autour des malléoles et des genoux. Quelquefois dans l'avant-bras, il lui semble qu'on lui tord les os, ce sont des douleurs qui surviennent par paroxysme le soir durant une ou plusieurs heures, quelquefois toute la nuit et le privant de sommeil. C'est surtout autour de la ceinture et le long du rachis que ces douleurs sont vives. Autour de la taille; il se sent enserré et étouffé. Dans l'intervalle des paroxysmes vespéraux et nocturnes, les douleurs persistent mais sous une forme très tolérable. La force musculaire est diminuée dans les membres inférieurs; aux membres supérieurs, rien d'intéressant sauf une parésie notable; les troubles vésicaux persistent.

Troubles de la sensibilité très caractéristiques : anesthésie cutanée totale et complète pour le contact, sauf en deux ou trois points très limités du côté droit de la face. La température n'est pas perçue dans les mêmes régions, la douleur à la piqûre est également très affaiblie, presque abolie sur toute la surface du corps; anesthésie pharyngée. Il existe deux zones hystérogènes, l'une dans le flanc droit, l'autre dans la région dorso-lombaire, au niveau de laquelle on peut déterminer, avec une pression forte, les phénomènes de l'aura. Troubles oculaires, rétrécissement concentrique du champ visuel, amblyopie. En plus, sorte

de spasme palpébral; les deux pupilles de moyenne grandeur réagissent mal à la lumière et à l'accommodation; pas de lésion ophtalmoscopique du fond de l'œil. Goût et odorat complètement abolis des deux côtés. Ouïe très affaiblie.

Outre ces troubles sensoriels, le malade est sujet à des attaques spéciales précédées d'une sensation bizarre dans le flanc droit, qui monte dans la région sternale sous forme de constriction pénible, puis à la gorge comme si quelque chose l'étranglait. Il perd connaissance alors sans bouger de place; il est agité d'un tremblement généralisé violent qui dure un quart d'heure; lorsqu'il reprend ses sens il est secoué par quelques secousses de toux suivies parfois de vomissements.

Ce malade est en général triste, d'humeur versatile, l'appétit est bon, rien à noter dans les divers viscères.

Il y a chez ce malade assez de symptômes réunis pour que l'on puisse songer au tabès, incoordination motrice, douleurs analogues aux douleurs fulgurantes siégeant dans le dos, les membres, autour de la ceinture, rétention d'urine, paresse pupillaire, amblyopie et achromatopsie, signes de Romberg, etc. Et cependant il ne saurait être question de tabès. Le malade est d'abord hystérique, et il n'est en réalité qu'hystérique, car l'incoordination motrice n'est pas celle que l'on voit dans le tabès; son amblyopie ne s'accompagne d'aucune lésion ophtalmoscopique; il offre de plus une achromatopsie complète, phénomène qui ne pourrait exister dans le tabès sans lésion papillaire; la rachialgie offre les caractères de la rachialgie hystérique, etc., etc. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'existence des réflexes rotuliens qui ne plaide en faveur de l'hystérie contre le tabès.

OBSERVATION empruntée à la thèse de BARDOL. — *Pseudo-méningite hystérique coïncidant avec les premières règles, stigmates d'hystérie.*

D. M..., âgée de 14 ans, de père inconnu, sans antécédents héréditaires spéciaux.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans. Depuis cette époque sujette à des crises nerveuses, bonne santé habituelle; à l'occasion de ses premières règles, malaise général.

Etat actuel. — Jeune fille bien constituée. Au premier abord il semble qu'elle ait un ptosis double et une légère asymétrie faciale, la commissure labiale droite étant plus abaissée que la commissure gauche; quand on l'interroge elle paraît ennuyée de répondre et manque de franchise. La petite malade paraît très abattue, son faciès est rouge, elle semble dormir les paupières mi-closes, elle est couchée sur le côté droit en chien de fusil, la tête tournée vers le mur, fuyant le jour, cependant il n'existe pas de véritable photophobie, car si on soulève la paupière la pupille reste dans la direction qu'elle avait sans suivre l'élévation du voile palpébral; les paupières retombent aussitôt qu'elles sont relevées, il existe un peu de strabisme interne de l'œil droit, les pupilles sont égales. Raie méningitique, mais pas d'alternatives de pâleur ni de rougeur du visage, pas d'opisthotonos ni de contraction des membres supérieurs, mais quand on soulève les deux membres inférieurs on sent une raideur assez marquée des deux côtés.

La résistance aux mouvements communiqués est la même dans toute l'étendue des deux membres, pas de

paralyisie, réflexe rotulien conservé, pas de troubles sphinctériens. La sensibilité est normale à la peau. Attitude hostile à tout examen, si on essaye de lui tourner la tête du côté du jour, la jeune malade la ramène brusquement du côté du mur. Elle ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, elle se plaint pourtant d'une céphalée vague et diffuse sans localisation précise. Pas de fièvre, pouls égal et régulier, langue un peu sèche, ventre aplati, douloureux, perte d'appétit, constipation, pas de vomissements. Rien au cœur, ni aux poumons, mais respiration irrégulière profonde.

En présence de ces phénomènes on pouvait croire à la méningite bien que l'absence d'inégalité des pupilles, la régularité du pouls, l'absence de photophobie, de vomissements et de fièvre plaidassent contre ce diagnostic. On fit lever l'enfant qui put se tenir debout et se décida à marcher sur l'ordre sévère du Chef de Clinique. On rechercha alors les stigmates de l'hystérie et on constata de l'anesthésie pharyngée, de l'ovaralgie à droite, ces deux signes rapprochés des crises nerveuses d'autrefois fortifiaient singulièrement le diagnostic d'hystérie qui se serait manifesté à l'occasion de l'établissement des règles et sous la forme d'accidents méningitiques. Au bout de neuf jours environ du reste elle était complètement rétablie et elle présentait en plus de l'anesthésie du pharynx et de l'ovaralgie droite, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche.

Cette observation est citée par l'auteur comme hystérie simulative d'une maladie de l'encéphale.

Il semble que d'autre part on puisse la regarder comme une observation d'hystérie survenue chez un enfant à la suite de la fièvre typhoïde.

Parmi les troubles intellectuels ou divers signalés durant ou après l'évolution de la fièvre typhoïde, il serait facile d'en trouver qui connus depuis longtemps pourraient aisément être considérés comme appartenant à la *neurasthénie*.

L'amnésie à différents degrés, les modifications des facultés morales souvent persistantes, l'inaptitude au travail, la diminution de fermeté du caractère. Parfois même des manifestations psychiques maniaques, (forme mélancolique dépressive laissant l'intelligence affaiblie) appartiennent aux formes bénignes ou graves de la *neurasthénie*.

Les observations personnelles suivantes ne diffèrent guère des symptômes que nous venons d'énumérer.

OBSERVATION (personnelle, résumée). — *Neurasthénie typhique*.

X..., 20 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels nerveux, a toujours joui d'une bonne santé en dehors de quelques indispositions légères, jusqu'à il y a un an. A cette époque fièvre typhoïde bien caractérisée, sans gravité, suivie sur la fin de la convalescence de phénomènes *neurasthéniques* persistants. Tels que *asthénie musculaire*, *céphalée en casque*, *palpitations fréquentes*. Diminution de la *volition*. Impossibilité de se livrer à un travail soutenu.

OBSERVATION (personnelle). — *Neurasthénie typhique*.

X...I, infirmier, 33 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire. Durant son enfance, aurait eu la rougeole,

Pas de lymphatisme. A 19 ans, blennorrhée sans complication. N'a jamais été obligé d'interrompre ses occupations depuis. Service militaire sans maladies.

En février 1892, fièvre typhoïde prolongée par une récurrence bénigne. Aucune complication. Le malade se guérit complètement, mais se trouve fatigué et ne consent pas tout d'abord à quitter son lit, et plus tard le service. Il ne peut, dit-il, faire aucun travail sans ressentir une lassitude extrême. Il est triste, morose, et ne veut plus rien faire, alors qu'avant sa fièvre typhoïde il exécutait son travail avec ponctualité et conscience et une humeur toujours égale. On lui conseille l'hydrothérapie tiède, puis froide associée à une médication tonique. Au bout de deux mois environ il reprend le dessus et revient ensuite à son état antérieur de santé. La mémoire seule reste affaiblie.

Nous n'avons pu recueillir aucun fait se rapportant à l'*hystéro-neurasthénie*, qui existe assurément au même titre que les deux névroses précédentes.

II. — *Grippe*. — Les troubles nerveux consécutifs à la grippe ont été surtout bien étudiés dans les dernières épidémies et présentement il est devenu classique de décrire la lassitude, la dépression si marquée des forces, l'abattement et les vertiges. Les symptômes nerveux font partie de toutes les formes si variables de l'influenza, et surviennent à différentes périodes. Dès le début ils anéantissent le malade et ce sont eux qui règlent la marche de la maladie et qui alors que toutes les localisations sont éteintes rendent même dans les formes légères la convalescence longue, traînante, languissante, frappant le malade aussi bien dans sa force physique que dans son énergie

morale et intellectuelle. Quelquefois ces symptômes nerveux constituent d'une façon prépondérante ou exclusive la grippe ; c'est ce que l'on désignera sous le nom de forme nerveuse de la grippe. Or, la forme nerveuse correspond souvent aux cas de grippe dépourvus de déterminations locales, à la grippe débutant par des vertiges, vertiges parfois extrêmement pénibles et qui peuvent empêcher les malades de s'asseoir sur leur lit. En même temps il existe une céphalée intense avec une dépression physique et morale et avec des myalgies généralisées que suivent bientôt des sueurs profuses contribuant à leur tour à augmenter ce sentiment d'anéantissement profond. A côté de ces troubles nerveux du cours de la grippe ou de son début prennent place les complications nerveuses de la grippe, pouvant intéresser aussi bien le système nerveux central la moëlle, que le système nerveux périphérique et certains nerfs viscéraux, les nerfs du cœur par exemple. C'est ainsi qu'on a pu noter les méningites, les myélites, les polynévrites. Mais ce qu'il importe surtout d'indiquer ce sont les troubles psychiques dont la gravité est plus ou moins grande, c'est ainsi qu'à la courbature, à la lassitude, à la fatigue invincible si caractéristique s'ajoute l'anéantissement, la dépression intellectuelle, le manque d'énergie, l'impossibilité de réagir hors de toute proportion souvent avec le caractère bénin de la grippe. Ces troubles psychiques qui peuvent exister au début ou au cours de l'infection persistent alors même que tous les phénomènes aigus sont éteints et sont la cause d'une convalescence plus longue que l'affection elle-même. Parmi ces troubles psychiques on a pu

noter parfois du délire aigu avec agitation maniaque (Joffroy), du délire avec conception suivie et raisonnée (Grasset), de la dépression mentale avec confusion des idées, de l'affaiblissement de l'attention avec horreur du mouvement ou des phénomènes d'excitation, délire hypochondriaque (Ballet et Séglas).

La grippe peut être encore cause de folie et Mairat de Montpellier a établi les rapports étiologiques et pathogéniques que la grippe affecte parfois avec l'aliénation mentale. Sous la seule influence de la grippe en effet on peut voir survenir une aliénation très nette se traduisant par un délire à direction lypémanique, une perversion sensorielle chez des sujets plus ou moins prédisposés à présenter des troubles cérébraux mais n'ayant jamais eu de délire. On a signalé aussi des faits d'épilepsie Jacksonienne, des observations de pseudo-méningite (Gaucher, Sevestre).

Tous ces faits montrent bien l'influence que la grippe a sur le système nerveux en général, aussi devait-on rapidement signaler les rapports que pouvait présenter cette maladie avec les névroses soit, à titre d'agent provocateur, soit à titre de cause déterminante. L'on devait ainsi démontrer que, si les localisations de prédilection de l'influenza sont des localisations nerveuses, parmi ces dernières on pouvait noter en première ligne les névroses, hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie.

L'hystérie post-grippale est très fréquente, et, plus peut-être que dans les autres infections il est fréquent de la voir survenir à la suite d'une grippe légère qui parfois même a passé inaperçue. Les exemples sont nombreux

aujourd'hui de ces grippés qui méprisant leur grippe, sont arrêtés rapidement par des phénomènes nerveux tenant à l'hystérie ou à la neurasthénie, plus fréquemment à cette dernière.

OBSERVATION. — *Petite hystérie.*

Repasseuse, 17 ans ; bien portante et réglée.

Le 20 janvier. — Grippe légère, Le 28 pour la *première fois de sa vie*, accès de violentes palpitations de cœur, étouffement par une boule au gosier, sifflement d'oreille, menace de perte de connaissance, quelques secousses des membres, enfin crise de pleurs. Cela s'est répété cinq à six fois jusqu'au 12 février. A la consultation externe on trouve : diminution de force et de sensibilité à gauche, on prescrit fer, peptone, douches, promenades.

Le 26 février, elle est mieux ; elle n'a plus eu que deux accès ; sensibilité dans le même état.

Crespin relate encore l'observation d'une dame qui avait été autrefois anémique et avait eu une métrite hémorrhagique sans présenter aucun phénomène nerveux, chez qui l'influenza d'une durée de deux jours à peine fut suivie quelques jours après de phénomènes d'hystérie. Une crise clonique s'était développée à la suite de l'administration de la limonade Roger. La malade présentait d'autre part des vertiges oscillatoires, elle avait la sensation de jambe coupée, d'ovaire gauche, et même

des crises pseudo-angineuses avec douleurs dans le bras gauche.

Il en est de même d'une observation rapportée par Grasset de grippe suivie d'hystérie chez un jeune soldat qui n'avait pas présenté dans ses antécédents héréditaires de phénomènes neuropathiques.

L'observation suivante concerne un cas de réveil d'hystérie sous l'influence de la grippe.

OBSERVATION rapportée par GRASSET.

Jeune soldat, âgé de 21 ans, sans antécédents héréditaires neuropathiques du côté paternel. Du côté maternel, grand'mère morte jeune (aucun renseignement). Mère très nerveuse, avec de fréquentes crises de nerfs surtout lorsqu'elle est sous l'influence de la fatigue, très émotive mais n'ayant pas de convulsions. Frères et sœurs sans stigmates nerveux.

Antécédents personnels. — A eu la grippe il y a quatre ans, s'emportait auparavant très facilement. Il eut entre 10 et 11 ans, sans causes reconnues de lui, une première crise de nerfs, mais il ne peut fournir aucun renseignement sur la durée et l'évolution de la crise. Ces crises se sont reproduites dans la suite mais il ignore comment et combien de temps. Elles étaient très espacées, puis, au moment de la puberté les crises devinrent plus fréquentes.

Huit jours après son entrée au régiment il eut une crise au moment où après avoir été vacciné, le vaccin commençait à le faire souffrir.

Le 28 janvier au moment de l'apparition de la grippe il eut une deuxième crise typique d'hystérie. Une troisième crise se présenta quelque temps après de la façon suivante : l'attaque fut subite, l'homme tombant d'une façon foudroyante, longue convulsion tonique tétanisant les muscles du tronc et les membres, tendance du tronc et de la nuque à l'arc avec position du corps sur un des côtés, insensibilité générale, face congestionnée, pupille dilatée insensible à la lumière. L'attaque prend fin par une détente générale mais le redressement en position verticale la fait réapparaître. On porte le diagnostic d'hystérie convulsive.

Après l'entrée du malade à l'hôpital on constate l'anesthésie absolue des membres supérieurs des deux côtés, en même temps qu'une anesthésie moins forte des membres inférieurs de la face. Rétrécissement du champ visuel, pas d'abolition du réflexe pharyngé. Au niveau de la zone pseudo-ovarienne la pression exercée détermine une douleur avec une sensation d'étouffement au pharynx, angoisse de la face ; le malade est un peu rouge. La grippe continue à évoluer durant quelques jours sans localisations respiratoires ni pharyngées et pendant ce temps il ne se manifeste aucune nouvelle crise.

Le 20 février le malade paraît concentré, répond lentement, perd la mémoire des faits antérieurs, la sensibilité au tact est diminuée dans toute l'étendue du corps, également à droite et à gauche, peut-être un peu plus dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs, la sensibilité à la douleur est très diminuée par tout le corps mais non abolie, la sensibilité au chaud, au froid, est normale, le réflexe pharyngien est très bien conservé, le réflexe conjonctif est aboli, les pupilles se contractent à la lumière, le réflexe rotulien est un peu exagéré, ainsi que le réflexe antibrachial. La pression de la zone pseudo-ovarienne est douloureuse avec sensation

de constriction thoracique. La pression des points sous-mammaires et de l'angle de l'omoplate éveille bien moins de douleur que la pression de la zone pseudo-ovarienne.

L'influence de la grippe comme cause de la poussée actuelle paraît nette, mais peut-être ne faut-il pas avec Grasset considérer cette observation comme un exemple d'hystérie réellement post-grippale, cette observation montre bien plutôt que chez un individu antérieurement hystérique l'existence d'une maladie infectieuse telle que la grippe est susceptible de réveiller l'hystérie déjà latente.

La thèse de Le Joubioux renferme un certain nombre d'observations concernant des cas d'éveil ou de réveil d'hystérie par la grippe. Les faits de ce genre sont aujourd'hui nombreux et il serait facile de multiplier les citations. Ce qu'il convient de retenir seulement c'est la survie parfois très longue de ces accidents.

A côté de l'hystérie grippale prend place la *neurasthénie grippale* dont la fréquence l'emporte même sur celle de l'hystérie.

Mathieu a noté cette fréquence de la neurasthénie durant la convalescence de la grippe, qui chez certains malades a pu présenter un véritable caractère de gravité. Il cite notamment une observation d'un homme de 59 ans, atteint de neurasthénie persistante avec hyperchlorhydrie consécutive.

Crespin note aussi plusieurs faits de neurasthénie consécutive à la grippe, ces faits sont essentiellement variables et présentent les uns une gravité, les autres une

ténacité très grande. Dans un cas il s'agit de véritable hypochondrie avec nosomanie survenue chez un homme de belle santé antérieure, et qui durant la convalescence d'une influenza à forme thoracique, bénigne, présente une grande impressionnabilité nerveuse, éprouve de la terreur pour les choses les plus simples, appréhende la mort et même présente des phénomènes de pseudo-angor pectoris.

Dans une autre observation une influenza grave est suivie un mois environ après la guérison de phénomènes de nervosisme relevant évidemment de la neurasthénie, et cela chez une femme qui ne présente que des antécédents arthritiques et gouteux.

Dans une troisième observation il s'agit d'une neurasthénie encore plus tardive, survenue six mois après la guérison de la grippe. Il s'agissait d'un homme de 32 ans, qui ne comptait dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde, et qui après une influenza bénigne ne le forçant même pas à s'aliter présente les signes classiques de la neurasthénie; céphalée, plaque lombaire, inquiétude vive, troubles gastriques accentués, hypochondrie marquée, vertiges.

Dans certains cas la neurasthénie affecte un type plus particulier et c'est ainsi que Crespin relate une observation de neurasthénie post-grippale après une atteinte légère de la maladie qui s'était présentée plus particulièrement avec des phénomènes d'érétisme cardiaque rappelant le syndrome cérébro-cardiaque de Krishaber. Le plus souvent, comme on le voit dans ces observations, il

s'agit de phénomènes persistants et n'apparaissant que sous forme de crise.

Les faits suivants recueillis par nous ne diffèrent guère des précédents.

OBSERVATION (personnelle, résumée).

Mme X..., 34 ans, sans antécédents héréditaires nerveux ou personnels, a contracté l'influenza en 1889. L'atteinte fut légère. Mais cependant deux mois environ après, neurasthénie classique avec prédominance de phénomènes d'asthénie musculaire. Agoraphobie, vertiges, etc.

OBSERVATION (personnelle, résumée).

X..., 35 ans, sans profession, contracte l'influenza l'hiver de 1890. Cette influenza plutôt bronchique, fut rapidement guérie. Plus de trois mois après survenaient des symptômes relevant de cette asthénie générale, de cette langueur décrites par Fournier à propos de la neurasthénie syphilitique, symptômes qui cédèrent du reste au bout d'un certain temps d'un traitement approprié.

On rencontre enfin dans la grippe des faits d'*hystéro-neurasthénie* avec prédominance des phénomènes hystériques ou des phénomènes neurasthéniques, survenant à des époques variables plus ou moins éloignées de l'affection grippale et sans rapports avec l'intensité de la grippe.

pe. L'on peut juger par ces quelques exemples, que la grippe, comme les maladies infectieuses que nous avons déjà étudiées, peut provoquer les diverses névroses et cela ne peut étonner lorsqu'on voit jusqu'à quel point la grippe influence les infections diverses, portant surtout ses coups là où il existe une tare organique. Peut-être devons-nous dire, il est vrai, que le rôle de la grippe est beaucoup plus complexe que celui des infections déjà étudiées en raison même des associations microbiennes multiples.

III. — *Rhumatisme articulaire aigu.* — De l'avis de Briquet, le rhumatisme articulaire aigu doit compter parmi les maladies qui contribuent pour une certaine part à créer cette disposition générale à la souffrance, cet état nerveux spécial qui constitue le fond de la névrose hystérique.

Parmi les phénomènes névropathiques si variés et parfois si rebelles qu'entraîne le rhumatisme, toutes les manifestations névrosiques de l'avis de Besnier peuvent survenir. Goodhart avait déjà remarqué que les enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu étaient toujours les plus nerveux de la famille et étaient fréquemment par exemple sujets à des terreurs nocturnes. Dans une thèse parue en 1880, le Dr Durand, plus tard, Souza Leite ont signalé les rapports qui pouvaient exister entre l'hystérie et le rhumatisme articulaire mentionnant les faits où le rhumatisme a précédé l'hystérie et ceux où le rhumatisme s'est développé chez un sujet préalablement hystérique.

L'hystérie se manifeste chez les arthritiques, mais il ne faudrait pas conclure pour cela à la plus grande fréquence de l'hystérie. A la suite du rhumatisme, Guinon n'a recueilli que deux observations où l'hystérie a pu reconnaître comme cause réelle le rhumatisme. Cet auteur il est vrai passe sous silence la thèse de Durand où des faits du même genre se trouvent relatés comme le prouvent les observations ci-après.

Il semble toutefois, et c'est là notamment une objection que fait G. Guinon au Dr Furet, que les nombreux faits d'hystérie rhumatismale publiés ont trait en grande majorité à des cas de rhumatisme chronique relevant de la diathèse arthritique; il ne s'agit donc plus d'infection. Pour une raison analogue, il convient de laisser de côté les cas rapportés par Huchard ayant trait à des pseudo-rhumatismes articulaires de nature hystérique. Huchard admet que dans le cas de rhumatisme articulaire subaigu à fièvre légère, il peut y avoir apparence de gravité parce que l'hystérie provoquée par la douleur et la fluxion articulaires aura déterminé une hyperesthésie de la peau et la contracture des muscles péri-articulaires. Cette contracture, cette hyperesthésie pourraient même, d'après lui, se substituer sans interruption à la fluxion rhumatismale et donner lieu à du pseudo-rumatisme hystérique. Ce sont là des cas bien différents de ceux que nous envisageons. Huchard cependant cite deux cas où le rhumatisme articulaire aigu avait joué le rôle d'agent provocateur de la névrose.

A la consultation interne de la Salpêtrière, Guinon a observé un fait dont il n'a pu malheureusement recueillir

l'observation complète, il s'agissait d'un malade, indemne jusque-là de tout accident névropathique, chez qui l'hystérie se développa à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant joué le rôle de cause provocatrice. Un autre fait appartient à Leudet et a été rapporté par lui dans ses *Cliniques médicales*.

OBSERVATION empruntée à LEUDET (de Rouen). — *Hystérie consécutive à un rhumatisme articulaire aigu à répétition. Apparition d'une crise dans le cours d'un accès de rhumatisme.*

L. R..., 43 ans; elle aurait eu sa première manifestation de rhumatisme à l'âge de 26 ans. A cette époque elle dut interrompre son travail près de trois ans à cause des récidives incessantes de douleurs particulières qui la forçaient de garder le lit presque constamment. A l'âge de 24 ans, syncopes répétées et parfois même des crises convulsives sur la nature desquelles il est difficile d'avoir des détails précis. A 39 ans, elle avait chaque mois à trois ou quatre reprises des douleurs frontales vives, sortes de migraines, qui duraient pendant trois jours. Depuis la fin de décembre 1869 ces douleurs d'une intensité modérée se manifestaient dans les deux genoux. Au moment de son admission on pouvait constater une déformation du coude gauche avec tuméfaction du condyle de l'humérus, ce qui entraînait une impossibilité absolue de l'extension complète de l'avant-bras sur le bras, de même qu'une difficulté dans les mouvements de pronation et de supination. Ankylose incomplète du poignet gauche, tuméfaction noueuse de l'extrémité des phalanges et surtout de la tête des métacarpiens, atrophie des muscles interosseux. Au bras droit douleur dans l'épaule, déformation

du coude moindre qu'à gauche, même ankylose du poignet, articulations phalangiennes noueuses, gonflement des condyles du fémur et du tibia de chaque côté avec épanchement marqué dans la synoviale du genou. Matité absolue de la région précordiale sans bruits anormaux du cœur. Pendant un mois l'état de L. R... demeura stationnaire, la douleur variant d'intensité dans les articulations des poignets et dans les deux genoux. Le 20 juin, dans la journée elle est prise d'une perte subite de la parole qui dura pendant 25 heures; aucun mouvement convulsif, l'état comateux semblait absolu pendant une douzaine d'heures, au bout de ce temps la connaissance reparut graduellement, la malade répondait par signes aux questions. Elle assura après la crise qu'elle avait perdu l'ouïe à gauche pendant plusieurs heures et qu'elle souffrait surtout de douleurs du côté gauche de la face. Le 22 juin la connaissance était complète. Elle resta à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 29 septembre, pendant ce temps elle n'eût aucune récurrence de l'état comateux, aucune crise convulsive, les douleurs occupèrent principalement les genoux; elles étaient quelquefois accusées aussi dans les épaules.

Cette observation, comme le fait remarquer Guinon, présente un certain intérêt.

L'attaque comateuse avec perte de la parole, pour laquelle la malade rentre à l'hôpital, était une manifestation purement hystérique, qui au cours de la recrudescence du rhumatisme articulaire aigu, eut pu en imposer pour la forme dite apoplectique du rhumatisme cérébral, mais cette manifestation n'a été, à proprement parler, que le réveil de l'hystérie déjà existante et dûment constatée antérieurement, mais consécutive, sans aucun doute, aux

premières atteintes répétées de rhumatisme articulaire aigu.

OBSERVATION (M. BRIQUET, rapportée par DURAND). — *Hystérie consécutive au rhumatisme articulaire aigu.*

L... L..., couturière, constitution délicate. Père très bien portant. Mère ayant succombé à une maladie du cœur.

Migraine depuis l'âge de 10 ans. Réglée à 17 ans. A 19, rhumatisme articulaire aigu de durée un an. Mariée à 24 ans; à 31 ans, à la suite de chagrins, premières manifestations hystériques. Trois mois après, attaques convulsives, pertes de connaissance.

OBSERVATION empruntée à DURAND. — *Rhumatisme articulaire. Chorée, Hystérie.*

Femme de 25 ans, de père rhumatisant, mère bien portante.

Comme antécédents personnels, de 10 à 15 ans, douleurs articulaires. Torticolis répétés. Réglée à 15 ans. Chorée.

A 17 ans, premiers symptômes d'hystérie; stigmates; hystérie convulsive.

Les faits de neurasthénie post-rhumatisme n'ont guère été signalés malgré que Fonssagrives ait affirmé que le rhumatisme articulaire aigu prédisposait à la neu-

rasthénie. Il est difficile en effet de ne pas admettre l'existence de la neurasthénie dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Il est à noter que les troubles intellectuels le plus fréquemment éprouvés par les rhumatisants sont surtout caractérisés par l'inaptitude au travail, l'irritabilité, la tristesse, le découragement, sans compter l'insomnie qui est pour les malades une cause nouvelle de souffrances physiques et morales. Cette énumération de symptômes est suffisamment démonstrative, et il n'y manque guère que l'étiquette de neurasthénie. Le défaut d'observation ne permet donc pas de conclure à la non existence de la neurasthénie post-rhumatisme. Nous pouvons en dire tout autant à propos de l'hystéro-neurasthénie.

Les observations citées plus haut et ces remarques montrent à notre avis d'une façon suffisante que le rhumatisme articulaire aigu, maladie générale profondément anémiant et débilitante, entre pour une part dans l'étiologie des diverses névroses. L'hystérie rhumatismale est seulement mieux connue parce qu'elle a été plus étudiée.

IV. — *Pneumonie*. — Les névroses méta-pneumoniques n'ont guère été étudiées malgré l'existence des quelques observations que nous avons pu recueillir. Il est à supposer qu'un certain nombre de phénomènes nerveux, si fréquents dans la pneumonie, particulièrement les troubles moteurs ressortissent à des faits de paralysie hystérique.

M. Boullouche, dans une thèse récente sur les paraly-

sies pneumoniques, se demande si l'hystérie ne devrait pas être invoquée dans quelques faits de paralysies pneumoniques. Nous avons trouvé dans cette thèse des observations non citées comme névroses pneumoniques qui nous ont paru appartenir à cette variété.

L'aphasie souvent consécutive à la pneumonie et présentant un caractère fugace, transitoire, avait dans certains cas été rangée parmi les aphasies diphtériques,

L'observation suivante rapportée par Charcot. Celles de Fabre, de Galliard, de Desterne, de Carrière, sont des exemples très nets d'hystérie méta-pneumonique.

OBSERVATION empruntée à CHARCOT. — *Hystérie survenue dans la convalescence d'une pneumonie.*

Jeune fille de 22 ans; mère rhumatisante et diabétique; a été chlorotique et mal réglée durant trois ans, de 17 à 20 ans.

Il y a un an elle eut une pneumonie, et durant sa convalescence elle fut prise de névralgie faciale droite avec paroxysmes périodiques, puis de vomissements et d'hématémèses. On reconnut la nature hystérique de l'affection, et on prescrivit un traitement hydrothérapique. Lors de la première douche le jet ayant été peut-être projeté sur la plaque hystérogène dorsale survint une attaque avec chute sur le genou. A la suite de cet accident il se produisit une arthralgie qui pendant longtemps fut traitée pour une affection organique de la jointure et qui n'était, ainsi que M. Charcot le démontrait, qu'une affection articulaire, *sine materia*, de la nature des accidents hystéro-traumatiques.

OBSERVATION empruntée à FABRE (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1888). *Pneumonie du sommet droit, hémiplegie gauche*.

E. B..., 20 ans, entre le 5 novembre avec des signes de pneumonie qui se poursuivent régulièrement jusqu'au 18, à ce moment perte de connaissance avec hémiplegie gauche complète, avec perte absolue de la sensibilité et du mouvement, ptosis avec difficulté de la parole, deux jours après les symptômes paralytiques disparaissent progressivement, la sensibilité revient partout.

OBSERVATION empruntée à GALLIARD. *France médicale*, 1890. *Abolition du sens musculaire limitée à la main droite consécutive à une pneumonie*.

M. A..., 37 ans, atteint de pneumonie hyperthermique. Syphilis il y a longtemps sans autres antécédents.

Au neuvième jour fourmillements dans la main droite et sensation de froid, main inhabile à saisir les objets en même temps certain degré d'hyperesthésie. Cet engourdissement et cet affaiblissement de la main droite persistent environ six semaines après la guérison de la pneumonie.

On ne constate ni atrophie, ni diminution de la force musculaire, ni aucun trouble de la sensibilité. Un an plus tard les symptômes sont aussi négatifs, aucun trouble de sensibilité si ce n'est que le malade semble sentir moins le froid avec la main droite qu'avec la main gauche, il a perdu le sens musculaire.

OBSERVATION empruntée à DESTERNE (thèse de Paris). — *Hystérie consécutive à une pneumonie chez un individu d'une mauvaise santé.*

Employé de commerce, 25 ans, mauvaise santé (scrofule, rhumatisme, fièvre intermittente), studieux, mélancolique ; mère hystérique. Depuis dix ans attaque de nerfs tous les 3 ou 4 mois, plus fréquentes l'été ; en général ces crises sont précédées de prodromes de un jour à quelques heures, tels que, sommeil agité, tristesse, impatiences, céphalalgie, fourmillements le long du rachis, crampes, pendiculation, sécheresse de la langue, palpitations, soupirs, dyspnée. Pendant le paroxysme, intelligence habituellement conservée, face tuméfiée, cris étouffés, douleurs contusives de la tête et du thorax, agitation des membres et des globes oculaires, grincement des dents, constriction de la gorge, dyspnée, palpitations. La durée est de 10 à 15 minutes, après, insensibilité et faiblesse, miction abondante, mémoire confuse, puis nette de ce qui s'est passé.

La première attaque qui survint dans la convalescence d'une pneumonie suivie de vives contrariétés commença par quelques prodromes tels que crampes, douleurs épigastriques, raideur du corps sauf les membres supérieurs, on crut au tétanos ; au bout du huitième jour, la crise se termina, elle fut suivie pendant un certain temps de crises accompagnées de délire et d'hallucinations. Depuis les nouvelles attaques furent moins intenses, et quelques jours après, le malade après s'être amélioré progressivement sortit guéri.

OBSERVATION. *Aphasie avec hémiplegie aiguë dans le cours d'une pneumonie* (CARRIEU. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1882).

G. B..., âgé de 23 ans, soldat, n'a pas eu, en dehors d'un rhumatisme aigu il y a quatre ans, de maladies graves. Il a conservé de son rhumatisme un peu d'essoufflement habituel, il entre à l'hôpital pour des signes nets de pneumonie. Quatre jours après la défervescence, en voulant descendre de son lit, il tomba sans perdre connaissance, la face est déviée à droite, le bras droit et la jambe droite sont inertes, il répond par signes aux questions, la sensibilité est disparue dans toutes les parties paralysées, les sens supérieurs sont intacts, les bruits du cœur sont assez irréguliers. Le lendemain les membres sont flasques, la déviation de la face paraît avoir changé de côté. Progressivement, l'aphasie persistant, les mouvements s'améliorent et quinze jours environ après, la paralysie est complètement guérie. La disparition complète de la sensibilité semblerait indiquer, ainsi que la déviation de la face qui paraît avoir changé de côté, comme s'il s'était agi d'un spasme glosso-labié, la nature hystérique de la maladie.

Ces quelques faits suffisent à démontrer les rapports de l'hystérie avec la pneumonie. Nous n'avons pu recueillir aucune observation de *neurasthénie* ou d'*hystéro-neurasthénie* méta-pneumoniques.

V. — *Maladies éruptives*. — La *scarlatine* paraît des maladies éruptives celle qui présente le plus de rapports avec les diverses névroses.

La VARIOLE et la ROUGEOLE, malgré l'influence réelle qu'elles ont sur le développement des troubles nerveux dynamiques ou des troubles organiques nerveux, ne semblent guère donner naissance aux névroses vraies. Peut-être faut-il tenir compte pour expliquer cette rareté basée il est vrai sur le défaut de documents ou d'observations, de l'âge auquel se développent le plus souvent ces affections, première ou seconde enfance.

SCARLATINE. — L'hystérie consécutive à la scarlatine a été signalée par Grenier et dans une observation résumée ci-après d'après Guinon.

OBSERVATION empruntée à Grenier. — *Hystérie consécutive à une scarlatine.*

Mlle M..., 20 ans, bonne santé habituelle, sans antécédents nerveux, est prise le 24 avril 1888 de scarlatine. En pleine éruption, et sans autres particularités que la venue des règles la malade éprouva un spasme respiratoire laryngé avec excitation, pleurs et rires sans perte de connaissance, ni délire. La veille température 39°, le jour de l'accès 38 et quelques dixièmes. L'urine ne contient ni sang, ni albumine, il existe un peu de céphalée et une douleur spontanée dans la cuisse gauche augmentée par la pression mais sans points névralgiques déterminés ; cet accès a eu lieu le soir et a duré deux heures environ. Le lendemain l'accès se reproduisait à la même heure avec les mêmes caractères, le surlendemain nouvel accès, les règles prennent fin et le calme se rétablit en même temps, la scarlatine évolue normalement

sauf quatre abcès amygdaliens. La convalescence suivait son cours quant au moment de la nouvelle époque menstruelle survient un nouvel accès, cette fois d'hystérie franche et caractéristique ; cet accès dure deux heures. Ces accès eurent lieu depuis, d'abord tous les huit jours, puis tous les trois ou quatre jours, enfin tous les jours et même plusieurs fois par jour. En même temps douleurs rhumatoïdes articulaires, amaigrissement ; les organes thoraciques et abdominaux paraissent sains, pas d'albumine dans les urines. La malade partit pour Nérès, là les accès se continuèrent pendant un certain temps, puis furent suivis d'une sorte de toux nerveuse, avec sensation d'oppression déjà ressentie antérieurement et douleur de névralgie faciale, la dernière époque menstruelle fut encore le signal de la reprise des attaques.

Cette observation nous montre que la scarlatine relativement bénigne a été interrompue durant la période d'éruption par des attaques d'hystérie ; or, ces attaques constituaient les premières manifestations nerveuses que l'on eût pu constater chez cette jeune fille dont les antécédents étaient absolument muets au point de vue neuropathologique ; il n'existe, il est vrai, que ce fait, mais même isolé il conserve assurément toute sa valeur, car il est très probant en faveur de l'influence de la scarlatine sur la névrose.

L'observation suivante empruntée à Crespin a trait à une pseudo-paralysie agitante de nature probablement hystérique survenue à la suite d'une grippe.

OBSERVATION (résumée), empruntée à la thèse de CRESPIN. — *Pseudo-paralysie agitante à la suite de scarlatine compliquée d'albuminurie.*

Mlle X..., antécédents héréditaires arthritiques, jouit d'une bonne santé jusqu'à sa scarlatine, à cette époque elle présente une notable quantité d'albumine dans les urines. A la suite de cette scarlatine, la malade sent ses forces s'affaiblir, a des névralgies multiples et des arthralgies en différents points, en même temps sensation de chaleur exagérée, seborrhée, amaigrissement considérable, tremblement-rythmé des doigts, sous l'influence du traitement ces symptômes disparaissent graduellement. Un an après leur éclosion on constate une amélioration générale et l'absence d'albumine dans les urines.

Nous mentionnons de même, d'après Crespin, deux observations de neurasthénie post-scarlatineuse et une observation d'hystéro-neurasthénie. Il convient de noter, eu égard aux notions pathogéniques qui en peuvent découler à l'existence connexe de l'albuminurie. Dans deux de ces cas, il y avait hérédité névropathique, la scarlatine a donc été seulement un agent provocateur au sens où l'entend G. Guinon.

OBSERVATION RÉSUMÉE DE LA THÈSE CRESPIN.

Neurasthénie consécutive à une scarlatine; albuminurie.

V. S..., 36 ans, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Nerveux du côté du père et collatéraux paternels; mère, santé délicate.

Antécédents personnels. — Bien portante, quoique nerveuse ; scarlatine du 27 mai au 8 septembre 1890 avec néphrite au cours de cette scarlatine évoluant régulièrement ; elle sort guérie de l'hôpital.

Quinze jours après sa sortie elle éprouve les troubles suivants : grande lassitude au réveil, défaillance, céphalée, troubles de la vue et de l'ouïe, pertes de connaissance par périodes, troubles gastriques allant jusqu'à l'intolérance absolue.

Palpitations, angoisses précordiales, vertiges, cauchemars la nuit et depuis ce temps découragement qui s'est emparé ; d'elle la moindre contrariété provoque l'apparition d'une crise qui se présentait ainsi : crise ayant lieu surtout le matin, précédée de vertiges, de sensation de chaleur aux mains, sensation de vide, la malade pousse un cri et tombe ; perte de connaissance durant cinq minutes suivie de lassitude, de nausées et de vomissements persistants quelquefois 24 heures. Amélioration progressive de son état.

OBSERVATION résumée de la thèse de CRESPIN. — *Neurasthénie consécutive à une scarlatine avec néphrite intercurrente aiguë.*

H. C..., 20 ans, soignée en 1890, pour une scarlatine grave qui s'accompagnait d'une albuminurie intense sans que durant cette scarlatine il y ait eu des phénomènes nerveux. Elle sortit guérie de l'hôpital, là elle n'éprouva que peu de fatigue, sauf un peu d'enflure des jambes et de grands maux de tête. Elle se porta bien jusqu'à il y a quinze jours ; alors apparurent de la céphalée à forme de casque neurasthénique, des douleurs dans tout le corps avec faiblesse des jambes, abattement, bourdonnement,

d'oreilles, troubles de la vue, sommeil avec cauchemars après ses repas, pesanteur gastrique, plaque lombaire. Au point de vue moral elle rit souvent sans raison ; la nuit dépression mentale très prononcée, elle a peur de la mort subite ; elle a peur en s'endormant de ne plus se réveiller, les urines sont albumineuses. En 1891, la malade soumise aux douches et au traitement général éprouve une amélioration notable, elle conserve cependant une douleur constrictive épigastrique qui coïncide souvent avec la digestion.

L'auteur fait suivre cette observation des remarques suivantes : chez cette malade il semble qu'il y ait corrélation entre l'albuminurie et les accidents nerveux post-infectieux, il s'agit donc de se demander si ces accidents nerveux sont absolument toxiques ou si l'élément infectieux entre en ligne de compte. Il faudra par conséquent rechercher s'il existe des observations avec scarlatine seule sans complications rénales déterminant des phénomènes de neurasthénie, d'hystérie ou d'hystéro-neurasthénie.

OBSERVATION (résumée) empruntée à la thèse de CRESPIN. — *Scarlatine. Chorée hystérique. Hystéro-neurasthénie. Hérité neuropathique collatérale. Albuminurie.*

Mlle A... — *Antécédents héréditaires.* — Un oncle dément et interné.

Antécédents collatéraux. — Une de ses sœurs est choréique et présente de l'albumine dans les urines.

Antécédents personnels. — Elle a eu elle-même une première poussée de chorée hystérique sous l'influence d'une fièvre scarlatine grave remontant à 5 ou 6 ans.

Mais cette première poussée était, en réalité, restreinte à quelques grimaces, depuis cette époque et à chaque printemps, il se produisait une nouvelle poussée de chorée.

Il y a 3 ans, la poussée annuelle a été beaucoup plus violente et la malade a dû quitter l'école. Aujourd'hui, il s'agit d'une véritable grande chorée empêchant l'exécution de tout mouvement volontaire, empêchant la malade de s'habiller seule et rendant l'alimentation impossible. Elle présente à droite une légère diminution de la force musculaire sans hémianesthésie ; du même côté, les mouvements réflexes sont atténués ; la malade ne présente aucun trouble d'innervation centrale, aucun accident cardiaque, mais elle présente très nettement l'asphyxie locale des extrémités.

En ce qui regarde *la variole* loin de penser que la variole pouvait être cause de névroses on a prétendu, sans apporter il est vrai de preuves à l'appui, que la variole avait au contraire une influence favorable sur l'évolution de ces névroses. Or, comme la scarlatine et comme la rougeole, la variole est une maladie éruptive qui s'accompagne de troubles nerveux multiples portant aussi bien sur le cerveau que sur la moëlle ou la périphérie. Parmi ces troubles nerveux on a noté des faits de pseudo-tabès simulant soit l'ataxie locomotrice (Gübler, Westphall), soit la sclérose en plaques (Whipphan et Myers), dans ces cas, outre l'incoordination, on a pu constater des troubles de la parole, un certain bredouillement et de l'affaiblissement intellectuel ; la guérison était la règle au bout de quelques mois. On a voulu expliquer ces faits par l'existence de névrites périphé-

ques, mais on peut se demander s'il ne s'agit pas dans ce cas de pseudo-maladies organiques d'origine hystérique, analogues aux faits sur lesquels Souques a attiré l'attention. Il en pourrait être ainsi, si nous en croyons l'observation empruntée à Boinet ayant trait à un fait de pseudo-sclérose en plaques variolique et rangée par Crespin dans la variété des névroses, et seul fait que nous ayons pu recueillir de névrose post-variolique.

Quant à l'existence de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie post-variolique il n'en existe aucune mention dans les recueils que nous avons pu parcourir.

OBSERVATION empruntée à BOINET. — *Pseudo-sclérose en plaques d'origine variolique.*

Marie D..., 32 ans, ne donne que des renseignements insignifiants sur ses antécédents héréditaires ou personnels ; elle a perdu trois enfants en bas-âge. Fortement anémiée par un accouchement et un allaitement de deux mois elle fut atteinte d'une variole bénigne ; au début de cette éruption normale survint, malgré le peu d'élévation de la température, 38°,5, une paralysie incomplète du voile du palais. A cette époque paralysie de la vessie et du rectum qui persiste pendant une quinzaine de jours, troubles cérébraux. Au commencement de la suppuration fièvre assez vive avec un délire plus accusé pendant la nuit, la malade est incapable de répondre aux questions, marmotte des paroles incompréhensibles, veut se lever. A ces troubles cérébraux, qui ne durent que deux jours, succèdent des troubles de la parole qui devient traînante, lente, saccadée, embarrassée, la malade bredouille des

phrases qu'elle prononce d'un seul jet, sans arrêt et sans omission des mots ; voix nasonnée, peu après troubles intellectuels sous forme d'obtusion intellectuelle et d'amnésie. Le 10 juin, après la fin de ce délire, elle est prise brusquement d'un tremblement des membres supérieurs et de la tête qui ne se produit qu'à l'occasion des mouvements volontaires et qui cesse au repos. Si la malade veut saisir un verre et le porter à sa bouche, les membres supérieurs exécutent des mouvements irréguliers, incoordonnés en zig-zag, semblables à ceux de la sclérose en plaques, les membres inférieurs sont parésiés : le tremblement apparaît dans la convalescence au moment où la malade veut faire quelques pas.

Au bout d'un an grande amélioration, mais le tremblement n'avait pas encore disparu.

Dans la *rougeole* même défaut des documents, ce qui s'explique dans une certaine mesure par le peu de traces que laissent la rougeole le plus généralement après elle sur le système nerveux. On a noté il est vrai, des convulsions, la tétanie que l'on sait exister d'autre part chez les neurasthéniques dyspeptiques et même diverses paralysies à type périphérique survenant durant la convalescence attribuées à des névrites multiples, et dont quelques-unes pourraient ressortir à l'hystérie. L'influence de la rougeole sur l'hystérie n'a guère été signalée et c'est tout au plus si nous avons pu trouver dans la thèse de Crespin ou dans la thèse de Dutil deux ou trois observations mentionnant l'existence des symptômes hystériques chez des malades ayant présenté la rougeole.

Ces observations ne peuvent même être présentées

comme des exemples typiques, car la rougeole n'a jamais dans ces cas existé isolément, et on trouvait à côté d'elle soit du rhumatisme articulaire aigu comme dans le cas de Crespin, soit une association successive de la scarlatine et de la fièvre typhoïde.

Nous aurons l'occasion de parler de ces faits lorsque nous traiterons des névroses consécutives à des affections combinées ou associées à des intoxications.

Nous ne pouvons donc rapporter ici que le fait d'hystéro-neurasthénie post-rubéolique signalé par Crespin.

OBSERVATION (résumée) empruntée à la thèse de CRESPIN, — *Rougeole. Hystéro-neurasthénie consécutive.*

Anna C..., 21 ans, soignée à l'Hôtel-Dieu de Lyon au mois de mai 1891, pour une rougeole. Cette rougeole fut bénigne sans symptômes nerveux, mais on constata la présence d'une assez grande quantité d'albumine dans les urines. Impossible de connaître les antécédents héréditaires ; personnellement elle a toujours été un peu nerveuse, un peu irritable. Aujourd'hui, juin 1891, elle rentre à nouveau dans le service et nous raconte ce qui suit : placée comme domestique elle accomplit pendant les premiers jours son travail convenablement, mais à la suite d'une station prolongée sur les bords du Rhône elle éprouva un malaise général : douleurs dans la tête, céphalée à points fixes (frontale et occipitale). Vomissements alimentaires immédiatement après l'ingestion, souvent lorsqu'elle est debout elle éprouve des sortes de crises ; c'est d'abord une douleur vive constrictive au niveau de la région épigastrique en même temps

qu'un sentiment de corps étranger dans la même région, puis c'est une boule qui remonte jusqu'au larynx pour reproduire en cette région la même sensation qu'au creux épigastrique, la nuit quelquefois ces troubles persistent; elle a des cauchemars mais pas de vertiges. L'état moral est profondément atteint, en dehors des quelques périodes où elle essaye de réagir elle se décourage de plus en plus. Elle rentre de nouveau à l'hôpital de faciès tourmenté, les pupilles dilatées, le visage rouge. Sa perpétuelle agitation, une humeur massacrant, lui donnent un aspect absolument différent d'il y a un mois. On constate de plus tous les symptômes de l'hystérie : zones hystérogènes, ovaralgies, anesthésie pharyngienne, champ visuel très rétréci surtout à droite; son hystérie a une forme dépressive, elle a un peu d'albumine dans les urines. Les troubles nerveux sont assez tenaces et il faut plus d'un mois pour les faire disparaître complètement; au bout de ce temps elle sort de l'hôpital, guérie. Les phénomènes nerveux ont diminué et même disparu avec la diminution et la disparition de l'albumine.

Les fièvres éruptives terminent la liste des infections dont les rapports avec les névroses ont été étudiées. Il nous reste à envisager maintenant un certain nombre de maladies infectieuses qui constituent jusqu'à présent, au moins, des agents provocateurs moins puissants. Dans cette dernière série les documents que nous avons pu recueillir sont peu nombreux, aussi cette étude aura-t-elle surtout pour but d'attirer l'attention sur ces faits.

En ce qui regarde la blennorrhagie l'on connaît depuis longtemps les atteintes que cette maladie est susceptible de porter au système nerveux; c'est ainsi que les

névralgies du sciatique sont depuis longtemps signalées et que plus récemment Charcot, Hayem et Parmentier, ont appelé l'attention sur l'existence possible de la myélite blennorrhagique. On ne sait à peu près rien sur l'influence de la blennorrhagie sur les névroses et cependant il y a dans la blennorrhagie plusieurs conditions qui permettent de supposer avec vraisemblance l'existence des névroses post-blennorrhagiques. On sait, en effet, le retentissement considérable des affections de l'urèthre et de la blennorrhagie en particulier sur le moral des individus les mieux équilibrés; il y a là comme le dit Mathieu un sentiment d'amoindrissement personnel qui résulte évidemment du sacrifice momentané de la virilité. Il semblerait donc que la neurasthénie post-blennorrhagique doive exister. Elle existe en réalité si nous en croyons l'observation suivante qui, rapportée par Dutil à titre de tremblement hystérique, renferme aussi quelques symptômes ressortissant de la neurasthénie.

OBSERVATION empruntée à la thèse de DUTIL (1891). — *Tremblement hystérique des membres inférieurs simulant la trépidation des paralysies spasmodiques.*

Le nommé K. R..., âgé de 30 ans, employé de chemin de fer, est entré le 13 août 1889 à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'à il y a trois ans, à cette époque il eut une blennorrhagie assez

intense qui s'accompagna de troubles vésicaux et de douleurs rhumatismales aux genoux et aux deux talons. Après des traitements variés l'écoulement urétral devint chronique ; il persistait encore, nous dit le malade il y a quelques mois. Cet état l'inquiétait fort, c'était un tourment pour lui ; d'une intelligence assez bornée il s'imagina que son mal était grave et incurable, il n'osait pas consulter le médecin de la compagnie craignant d'être renvoyé, il continuait à travailler régulièrement. Au bout d'un an ses forces s'affaiblirent, il perdit tout appétit et commença à souffrir d'une céphalée tenace constrictive généralisée mais prédominant à l'occiput ; il lui semblait que son cou était raide, il éprouvait parfois des craquements à la nuque, il se plaignait aussi d'une gêne douloureuse, siégeant dans la région sacrée. Sa mémoire s'amoindrit ; il avait, nous dit-il, la tête perdue ; son sommeil était traversé chaque nuit de cauchemars (rêves professionnels, visions d'enterrements). Ces troubles divers persistèrent, il n'a jamais abusé de boissons alcooliques.

Tel était l'état du malade lorsqu'il y a cinq mois, pendant le sommeil de la nuit, il fut réveillé brusquement par un tremblement très intense de la jambe droite, les secousses envahirent au bout de quelques instants le membre inférieur gauche. Le lendemain quand il voulut se lever le tremblement était si fort qu'il pouvait à peine se tenir debout, il a toujours persisté depuis cette époque. Le malade a séjourné pendant quatre mois à Lariboisière, on lui appliqua des pointes de feu dans le dos, mais son état ne se modifia en rien. Quelques jours après sa sortie de Lariboisière il se présentait à la consultation de la Salpêtrière où il était admis le 13 août dernier.

État du malade. — Sujet de taille moyenne, bien musclé, un peu amaigri. Qu'il soit debout ou assis ce malade

présente un tremblement incessant et très intense des deux membres inférieurs. Quand il est assis, les pieds reposent à plat sur le sol, les deux jambes trépident et les talons alternativement soulevés ou abaissés frappent le parquet à chaque oscillation. Dans cette attitude cependant le tremblement se ralentit parfois, cesse même quelques instants, ou bien n'est plus représenté que par des secousses qui se succèdent irrégulièrement. Quand le malade tend la jambe en avant ou lorsqu'il se lève la trépidation se produit aussitôt avec une violence telle que le malade peut à peine se tenir debout. Le tremblement se calme un peu après quelques instants et le malade peut alors marcher. Sa démarche est sautillante mais non pas spasmodique, les pieds ne frappent pas le sol, les réflexes rotuliens sont notablement exagérés. La pression du tendon excite le tremblement, par contre le redressement brusque du pied l'influence fort peu et parfois même le supprime momentanément. Quand le malade se couche sur son lit le tremblement cesse aussitôt, il reparait dès qu'il soulève ses jambes. Les sphincters fonctionnent normalement, il n'y a aucun trouble de la motilité, ni à la face, ni aux membres supérieurs ; la tête ne tremble pas, la parole n'est pas troublée, pas de nystagmus, pas de diplopie, pas de vertiges. En revanche, on constate chez cet homme l'existence des stigmates suivants : une hyperesthésie notable de la cuisse droite, un rétrécissement concentrique du champ visuel, une zone hystérogène siégeant dans le flanc droit ; la compression de cette zone produit une sensation de boule qui remonte au creux épigastrique, des palpitations, de la suffocation, une rougeur très vive de la face, puis la vue se trouble, le malade chancelle, demande à s'asseoir, mais il ne se produit pas d'attaques, quelque soit l'instance qu'on mette à comprimer le point sus-indiqué. Cette manœuvre détermine toujours et im-

médiatement une récrudescente du tremblement des membres inférieurs alors même que le malade est couché.

Cette observation est donnée par l'auteur comme un exemple de tremblement hystérique de rythme moyen localisé au membre inférieur. L'aspect du sujet était bien analogue à celui que présentent les malades atteints de paraplégie spasmodique de nature organique, mais le début subit du tremblement, l'existence d'une zone hystérogène, l'action excitative exercée par la compression de cette zone sur le tremblement, etc., etc., ne permettent aucun doute sur la nature hystérique de ce tremblement. Or, si l'on cherche la raison d'être de ces symptômes hystériques et des quelques symptômes neurasthéniques, tels que : affaiblissement des forces, céphalée tenace, etc., on voit qu'il est possible de la trouver dans cette blennorrhagie intense et chronique qui est la seule maladie accusée par le malade dont d'autre part les antécédents héréditaires étaient absolument nuls. Ici donc la maladie infectieuse a joué réellement le rôle de cause déterminante de l'hystéro-neurasthénie.

Dans ce cas qui est cité par l'auteur simplement au point de vue clinique et non au point de vue étiologique, il semble légitime d'accorder une importance grande à l'urétrite chronique qui avait si profondément affecté le moral du malade.

Grasset, d'autre part, cite accessoirement le cas d'un jeune soldat chez lequel à la suite d'une blennorrhagie s'était développée une coxalgie hystérique et nettement hystérique comme le prouva la guérison.

A la suite des oreillons on a pu noter des accidents du système nerveux. Ces accidents survenant durant le

cours de la maladie sont le plus souvent transitoires, bénins. C'est ainsi que Liégeois a signalé les vertiges, que d'autres auteurs ont mentionné les convulsions ou le délire.

L'existence d'accidents méningitiques graves (Cooper, Russel) montrent bien que les oreillons peuvent avoir sur le système nerveux une influence sérieuse. Dans d'autres cas du reste, certains de ces troubles ont pu survivre à la maladie et c'est ainsi qu'on a constaté comme suite tardive des oreillons, de l'aphasie, des troubles mentaux, de la manie aiguë ou de la mélancolie (Percy-Smith, Demme). Ces derniers troubles se rapprochent assurément de la neurasthénie et il est légitime de penser que cette dernière a dû être constatée consécutivement aux oreillons. Nous n'avons pu trouver toutefois ni pour la neurasthénie, ni pour l'hystérie, des documents susceptibles de montrer le rôle des oreillons dans les névroses.

En ce qui regarde la *Suette miliaire* les documents font non moins défaut et ce n'est qu'à titre accessoire qu'on a pu noter dans la convalescence si longue de cette maladie l'émotivité, l'irascibilité exagérée. M. Thoinot toutefois, a vu durant les épidémies de suette miliaire auxquelles il a assisté, de véritables atteintes de mélancolie ou d'accès maniaques survenir plus ou moins tardivement après l'infection chez des femmes présentant ou non des antécédents nerveux. Il existe du reste dans cette maladie des troubles profonds du système nerveux central que l'on ne peut s'empêcher de rapprocher de ceux qui suivent la dengue ou la grippe épidémique.

C'est ainsi que, comme dans la grippe, on a signalé des phénomènes d'affaiblissement, de l'inertie fonctionnelle des tissus et des appareils, en un mot une *neurasthénie* vraie qui chez les sujets prédisposés pouvait rester permanente.

Dans la *diphthérie*, cause si fréquente lors de son déclin ou lors de la convalescence de troubles moteurs multiples, nous ne connaissons comme fait susceptible de prouver son rôle à l'égard des névroses que l'observation suivante rapportée par le professeur Debove à la Société médicale des hôpitaux.

OBSERVATION (résumée). — *Hémiplégie hystérique, avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphthérie.*

Une malade âgée de 35 ans, présente une hémiplégie gauche avec atrophie musculaire du membre inférieur gauche. Le tronc ne présente rien de particulier. La parésie de ces membres n'est pas proportionnée à leur atrophie, et leur impotence fonctionnelle est bien plus accentuée que ne le ferait supposer une simple inspection. Aucun trouble trophique de la peau ou du système osseux; pas traces de contractures. Il semble exister tout d'abord une paralysie faciale droite; il n'en est rien, les mouvements du côté droit sont conservés; le côté gauche est le siège d'une contracture qui fait devier la commissure correspondante et qui s'accompagne de petites secousses survenant à intervalles irréguliers.

La sensibilité est légèrement diminuée dans la moitié gauche du corps. Léger rétrécissement du champ visuel à gauche. Bizarrerie d'humeur presque caractéristique.

En avril. — Angine grave diphtérique de durée huit jours; au bout d'un mois, douleurs dans le côté gauche du corps, puis paralysie et atrophie musculaires. Tous ces phénomènes étaient accentués en octobre. Depuis un an, état stationnaire.

Auparavant, elle avait perdu complètement sa fortune et n'en avait éprouvé qu'un grave chagrin et une certaine irritabilité. Il y a 4 ans, elle fut projeté rudement à terre, se trouvant dans une voiture dont le cheval s'emporta, resta plusieurs heures sans connaissance et revint à elle le corps couvert de contusions. L'hystérie ne survint pas et la malade n'avait sans doute pas de prédisposition marquée aux accidents hystériques.

L'erysipèle a été signalé par Crespin comme pouvant donner naissance à des troubles nerveux fonctionnels.

L'observation sur laquelle s'appuie Crespin, ne nous a pas paru rentrer dans la catégorie des névroses que nous envisageons ici.

Le même auteur rapporte un fait d'hystéro-neurasthénie consécutive à une infection puerpérale; mais ici la puerpéralité a été compliquée de grippe.

Cette observation rentre dans la série des névroses consécutives à des infections associées.

§ 3. — *Infections associées ou combinées à d'autres causes.*

Si les quelques exemples qui viennent d'être rapportés nous peuvent indiquer suffisamment le rôle direct

rempli par les infections isolées à l'égard des névroses, il convient de laisser une large place pour les cas dans lesquels une série d'infections successives ou simultanées se sont réunies pour constituer la névrose.

Dans ces conditions, les influences s'accumulent pour ainsi dire et le système nerveux diminué dans ses résistances par les atteintes successives finit par réagir et ses réactions se traduisent par des lésions organiques ou des troubles fonctionnels.

Des faits de ce genre peuvent se grouper en plusieurs catégories : 1° L'infection se complique d'une autre infection, ou agit sur une lésion préparée par des infections antérieures ; 2° l'infection se combine à une ou plusieurs intoxications ; 3° l'infection se surajoute à des causes plus banales, excès vénériens, fatigues excessives, misère, etc.

Les exemples sont nombreux qui ressortissent à ces diverses variétés étiologiques.

Dans un cas rapporté par Petit, un jeune homme de 28 ans, alcoolique, ayant fait des excès vénériens, reste indemne de l'hystérie jusqu'à une fièvre typhoïde. Aussitôt après cette maladie, débütent, outre un changement dans le caractère qui devient sombre et triste, des attaques de nerf bien caractérisées. Les excès vénériens, l'alcoolisme, étaient donc restés impuissants, et il a fallu une maladie aiguë grave pour que les accidents apparaissent.

Un fait de Achard a trait à une association étiologique semblable ; l'alcool avait préparé le terrain et la syphilis

développée sur ce terrain avait provoqué l'apparition de la névrose.

Dans une autre observation, Furet cite le cas d'une malade qui après trois rechutes successives de dothiéntérie devient enceinte et chez laquelle après l'accouchement, l'hystérie fait son apparition; la fièvre typhoïde avait ici encore préparé le terrain, la grossesse et l'accouchement avaient fait éclore brusquement la névrose. Dans le fait de Klein, on voit survenir l'hystérie chez un saturnin qui a été soumis à plusieurs infections graves (fièvre jaune, dysentérie, diarrhée de Cochinchine).

Dans un fait de Plessard le saturnisme a favorisé le développement de l'hystérie dont une maladie aiguë vient hâter l'éclosion.

Nous rapportons ci-après une série d'observations qui constituent des exemples très nets de l'existence des différentes névroses, à la suite de cette étiologie complexe. La part qui dans certains de ces cas revient à des infections aiguës non citées jusqu'à présent montre, comme nous l'avons déjà dit, qu'on pourra et qu'on devra sans doute augmenter peu à peu la liste des maladies aiguës fébriles, susceptibles de créer directement les névroses.

OBSERVATION (empruntée à la thèse de LEJONNE). — *Fièvre intermittente à 18 ans. Rhumatisme et neurasthénie. Albuminurie.*

Mad. R..., 60 ans, antécédents arthritiques migraineux.

Rien dans l'enfance, fièvre intermittente à 18 ans à la suite de laquelle blépharospasme, état d'impressionnabi-

lité excessive du système nerveux, palpitations musculaires, avec douleurs rhumatismales erratiques et généralisées. A l'âge de 42 ans perd son fils et éprouve un grand chagrin, les symptômes augmentent d'intensité, le moindre mot dit un peu haut, un geste brusque, font trembler la malade et lui causent une émotion douloureuse et des palpitations répétées.

Ménopause à 44 ans. En 1887, elle a durant tout l'été des accès de fièvre continue avec exacerbation vespérale, elle est en proie à une lassitude extrême, ressent dans les jambes des fourmillements et la sensation qu'elles fléchissent sous elle. La vue s'est troublée, elle voit des filaments noirs qui lui masquent tout d'un coup les objets, pas de diplopie. Les fonctions digestives se font mal, la constipation est opiniâtre. Au mois de novembre 1888 bronchite généralisée avec dyspnée nocturne, pollakiurie nocturne.

Les symptômes nerveux subsistent et en particulier le blépharospasme. En décembre, la bronchite s'est améliorée, mais il survient des poussées fébriles qui nécessitent l'emploi prolongé du sulfate de quinine. Les urines de midi sont fortement albumineuses, l'uraturie est très prononcée une grande quantité d'indican existe dans les urines.

OBSERVATION (résumée de la thèse de LEJONNE). — *Fièvre intermittente à 22 ans, dyspepsie, neurasthénie.*

M, de S. M..., âgé de 40 à 45 ans, se plaint en août de vertiges qu'il éprouve depuis deux ans et qui sont accompagnés d'effondrement des jambes. Depuis 1867 il est atteint de dyspepsie, toutefois en l'examinant minutieusement on constate qu'il n'y a pas de rapport direct entre les phénomènes vertigineux et dyspeptiques, le vertige

ne présente pas la forme habituelle des vertiges gastriques, il ne se produit pas spécialement à jeun, ou quand le malade regarde de bas en haut, c'est surtout le vertige de translation avec sensation d'oscillation du sol, incertitude dans les jambes, tremblement des membres inférieurs et besoin impérieux de s'asseoir même après une marche de peu de durée. De plus, les phénomènes dyspeptiques sont très irréguliers, ils peuvent être très accentués sans que le vertige se produise et inversement. Le malade présente les signes d'une dilatation modérée de l'estomac, ni sucre, ni albumine dans les urines, mais quantité prononcée de peptones. On apprend que M. de S. M... a eu, à 22 ans, des accès de fièvre intermittente à type quarte très rebelles et que c'est à partir de cette époque que la dyspepsie s'est développée.

OBSERVATION empruntée à la thèse de LEJONNE (résumée). — *Accès paludéens à l'âge de 12 ans, grossesse avec éclampsie, urémie et nervosisme.*

Mlle M. D..., institutrice, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 4 juillet 1888. Rien à noter dans les ascendants directs ou collatéraux. Comme antécédents personnels la malade réglée à 12 ans, et assez régulièrement depuis, signale une méningite à 17 ans et une bronchite l'année dernière. A l'âge de 12 ans elle a habité pendant une période de 2 années une localité où elle a contracté des accès de fièvre intermittente à type mal déterminé qu'elle a conservés pendant toute la durée de son séjour et qui ne l'ont quitté qu'après son départ non sans lui laisser, rapporte-t-elle, un caractère irritable, changeant, elle pleure facilement. Vers le 20 avril 1888 elle a eu au milieu d'une grossesse de 6 mois 1/2 environ trois crises

d'éclampsie qui ont amené un avortement le 8 mai. Les trois semaines qui suivirent elle se maintint dans un état de santé relativement bon, mais à partir de cette époque jusqu'à aujourd'hui elle a présenté avec des accès fébriles presque quotidiens un état de dépression profonde du système nerveux, des vertiges et la nuit des hallucinations et des cauchemars. Ces accès fébriles surviennent le soir à 8 ou 9 heures et se prolongent presque toutes les nuits jusqu'à plus de trois heures du matin. Ils débudent en général par un grand frisson, par des fourmillements et des crampes dans les membres; pendant toute leur durée la malade, secouée par un tremblement généralisé, claquant des dents, ne peut dormir, ces accès se terminent par une sudation très abondante. En dehors d'eux la malade ne se plaint que d'une faiblesse et d'une lassitude qui lui donnent l'appréhension continuelle de la mort et l'inquiètent outre mesure sur son état.

Elle sent sa tête vide et lourde en même temps; incapable de la tenir droite, elle est prise de vertiges dès qu'elle essaye de se soulever sur son lit. De continuelles douleurs de reins viennent encore lui rendre ses douleurs plus terribles, son teint est pâle, terreux; pas de souffle cardiaque, ni de lésion pulmonaire. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le 11 juillet les accès de fièvre ayant disparu sous l'influence de la quinine la malade sort un peu améliorée bien que les symptômes céphaliques aient peu diminué.

OBSERVATION (résumée de la thèse de CRESPIN). — *Intoxication palustre, hystéro-neurasthénie développée à l'occasion d'un traumatisme. Depuis, scarlatine avec néphrite infectieuse, grande crise d'hystérie pendant la convalescence.*

Mlle de X..., 14 ans, fille d'un père très nerveux disposé aux coliques hépatiques et d'une mère d'un névrosisme très prononcé avec coliques hépatiques, douleurs rhumatismales, migraines, est prise à l'âge de 9 ans d'accès de fièvre intermittente qui durent plusieurs mois; depuis elle a conservé une teinte d'un brun jaunâtre des téguments et une certaine pâleur des muqueuses, malgré une ossature et une corpulence très développées. Il y a quatre ans, à la suite d'une légère entorse d'une phalange d'un doigt, elle reste pendant plusieurs mois dans un état de faiblesse extrême avec irritabilité nerveuse excessive. Deux ans après elle fait une chute de voiture, se contusionne légèrement le genou et présente à la suite de cela un état hystériforme consistant surtout en une grande irritabilité nerveuse et des troubles dans la station debout. Pendant trois mois, pour conserver son équilibre en marchant elle est obligée de se tenir aux meubles, l'hydrothérapie a raison de tous ces symptômes. Quelque temps après troubles d'un autre ordre, quintes de toux spasmodiques avec sensation d'étouffement et de constriction de la gorge revenant surtout à date fixe dans les premières heures de la nuit. La sensibilité est légèrement diminuée sans plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie, l'anémie est profonde, pas d'attaques d'hystérie. Une nouvelle cure hydrothérapique avec quinquina et arséniate de soude améliore rapidement l'état de la malade.

OBSERVATION empruntée à FURÉTHÈSE de Paris (1888). — *Hystérie survenue à l'occasion d'une fièvre typhoïde grave suivie immédiatement d'une grossesse,*

Eugénie B..., 22 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose avec léthargie énorme du côté de la famille de la mère. Une tante maternelle hystérique. Quatre frères et sœurs morts de convulsions.

Antécédents personnels. — Misère physiologique dans l'enfance ; réglée à 15 ans, régulièrement depuis, vient à Paris et contracte la fièvre typhoïde deux mois après ; trois rechutes, elle quitte ensuite l'hôpital avant le rétablissement complet.

Peu après grossesse pénible marquée par des syncopes fréquentes ; depuis l'accouchement normal, énervement constant mais pas d'attaques.

Entré à l'hôpital le 26 décembre 1886, pas de lésions viscérales, sauf une métrite du col. Souffle anémique au cou, hémianesthésie droite pour tous les modes de la sensibilité, rétrécissement concentrique du champ visuel à droite avec achromatopsie, abolition de l'ouïe et de l'odorat à droite, pas de zones hystérogènes, une tentative d'hypnotisation produit une attaque d'hystérie ; celle-ci peut survenir aussi sous l'influence d'une contrariété. Un jour crise de dyspnée suivie d'une période d'apnée presque complète qui disparaît sans laisser de traces. Un jour sans raison aucune la malade devient tout-à-coup inerte, elle est anesthésique totale, sourde, muette et aveugle, elle reste près de trois jours dans cet état et redevient ce qu'elle était auparavant.

Quelques jours après même anesthésie totale qui est légèrement atténuée par l'application de l'aimant; quelque temps après l'aimant étant toujours en place il se produit une contracture des pieds à la suite d'une attaque, on enlève ensuite l'aimant, la malade redevient anesthésique totale et inerte des quatre membres, incapable de se mouvoir même pour manger. L'aimant remis en place produit une amélioration notable qui va en augmentant peu à peu. Le 3 mars, c'est-à-dire un mois et demi après l'apparition de ces accidents, tout disparaît à la suite d'une attaque et quelque temps après la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Il s'agit là d'une fièvre typhoïde grave surtout par sa durée et par l'état d'affaiblissement que trois rechutes successives ont entraîné. Cette forme de dothiéntérie suivie en général de guérison s'accompagne toujours d'une convalescence longue, pénible, pendant laquelle la malade a bien de la peine à réparer lentement les pertes considérables que lui a fait subir la longue affection dont elle sort. Une grossesse pénible survient alors qu'elle est encore en convalescence et c'est après l'accouchement qui se fait normalement que tout d'un coup éclate une série d'accidents d'ordre manifestement hystérique.

Si peut-être il faut faire dans ce cas une part à la grossesse, il convient cependant d'admettre que la fièvre typhoïde a la plus grande part, et que c'est grâce à l'état d'asthénie et de misère physiologique provoqué par elle que la névrose a pu éclore.

OBSERVATION empruntée à la thèse de DUTIL 1891. — *Hystéro-épilepsie, tremblement hystérique de la main droite.*

La nommée G..., âgée de 40 ans, entrant le 19 septembre 1888 dans le service du Dr Joffroy.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, pas nerveux. Mère morte d'une affection cardiaque, 49 ans, rhumatisante, migraineuse, a eu une attaque d'apoplexie avec hémiplegie gauche. Ils ont été 14 frères et sœurs; dix sont morts, la plupart jeunes, deux avec des convulsions. Quatre sont vivants, une sœur atteinte d'eczéma chronique, a eu des attaques hystériques qui ont disparu après son mariage. Grands parents, oncles et tantes, rien à noter.

Antécédents personnels. — De 10 à 14 ans attaques ayant la plus grande analogie avec les attaques comitiales, indifféremment nocturnes et diurnes, à la même époque absences; le tout a cessé au moment de l'apparition des règles. Rougeole à 4 ans, scarlatine grave à 9 ans, fièvre typhoïde; rhumatisme articulaire aigu à 30 ans, urticaire à 25 ans de durée trois mois, coliques hépatiques à trois reprises, à 18, 25 et 30 ans. Réglée à 14 ans, jamais régulièrement, elle a eu deux enfants; l'aîné est mort à deux ans de méningite, l'autre est bien portant. Une fausse couche il y a trois ans provoquée par M. Tarnier pour accidents éclamptiques avec albuminurie et anasarque à la suite de laquelle ont éclaté les symptômes paraplégiques.

Accidents actuels. — Ovarite à droite, anesthésie complète et totale, seule la cornée est respectée. Depuis

un an période d'anesthésie vésicale avec incontinence d'urine, paraplégie flasque sans troubles trophiques, réflexes rotuliens normaux, rétrécissement concentrique pour les deux yeux, achromatopsie binoculaire, diplopie monoculaire, micropsie, conservation des réflexes pupillaires, diminution de l'acuité visuelle, diminution de l'acuité auditive surtout à gauche, amnésie, pleurs faciles. Les membres supérieurs sont affaiblis, surtout le droit, cependant la malade peut exécuter avec ses membres supérieurs tous les mouvements qu'on lui commande de faire, elle se sert de sa main gauche sans difficulté pour tous les usages ordinaires de la vie ; l'impotence fonctionnelle de sa main droite est due bien plus au tremblement dont elle est le siège qu'à l'affaiblissement musculaire révélé par le diagnostic ; la main droite est en effet constamment agitée, elle exécute d'une manière incessante des mouvements alternatifs de flexion et d'extension d'une amplitude assez grande sur un rythme lent et régulier (5 oscillations $1/2$ par seconde). Les mouvements de flexion et d'extension se passent exclusivement dans l'articulation du poignet, la main et les doigts se meuvent ensemble, ces derniers n'exécutent que des mouvements purement passifs. L'avant-bras et le bras ne prennent non plus aucune part aux secousses, ce tremblement ne cesse jamais, ni lorsque le membre supérieur droit est au repos, ni lorsque la malade exécute avec ses mains tel ou tel mouvement. Sous l'influence des émotions comme à l'occasion des mouvements volontaires, les mouvements deviennent un peu plus amples, un peu plus brusques, mais leur fréquence et leur régularité ne se modifient guère. Ce tremblement a débuté insidieusement, il persiste depuis six mois.

OBSERVATION (résumée empruntée à la thèse de Lajonne). — *Fièvre intermittente à 22 ans, grossesse pénible. Hystéro-neurasthénie.*

Mme V..., âgée de 34 ans, d'une famille nerveuse, bonne santé habituelle sauf un peu de faiblesse dans l'enfance.

A 22 ans, fièvre intermittente depuis laquelle elle ne s'est jamais bien portée ; elle éprouvait des migraines violentes, revenant régulièrement dans les premières heures de la nuit, une constipation opiniâtre avec les périodes d'entérite pseudo-membraneuse.

Le 6 janvier 1886, à l'occasion d'une couche difficile, la malade éprouve dans la jambe gauche des crampes et des fourmillements, puis un engourdissement et une faiblesse qui la contraignent à garder le lit pendant trois mois. Actuellement il persiste dans tout le côté gauche une notable diminution de la sensibilité, la malade a conservé un sentiment constant de lassitude, une extrême faiblesse, sa marche est instable, accompagnée de vertiges sans chutes, le caractère est devenu très impressionnable, la moindre émotion marque le début d'une crise de battements de cœur, qui épuise la malade. Celle-ci est prise par moment d'un tremblement généralisé à tout le corps qui revient par accès sans cause appréciable. Depuis quelque temps elle a engraisé, les symptômes d'excitation ont diminué et se sont régularisés, ils apparaissent tous les soirs vers dix heures pour ne cesser qu'assez avant dans la nuit. Les phénomènes abdominaux sont venus au contraire occuper le premier plan, gastralgie avec sensation de gonflement épigastrique, grandes douleurs lombaires. Les réflexes rotuliens sont exagérés, le réflexe plantaire paraît aboli, il y a de

l'anesthésie pharyngée. Les urines contiennent un peu d'albuminurie.

OBSERVATION (résumée empruntée à la thèse de CRESPIN). — *Rougeole, rhumatisme articulaire aigu, chorée, symptômes hystériques.*

Etudiant en médecine âgé de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique, colère et emporté. Mère très douce. Sœur très bien portante.

Antécédents personnels. — Colère dans la première enfance, à 2 ans dysentérie grave, à 4 ans rougeole bénigne, traces d'albumine suivant la déclaration de son père.

A 5 ans angine diphthérique, traces d'albumine, pas de paralysie consécutive. A 7 ans rhumatisme articulaire aigu, albumine dans les urines. A 10 ans, chorée ayant duré 10 mois et localisée particulièrement au côté droit, mais s'étendant aussi d'une manière moins marquée au côté gauche, guérison au bout de 10 mois par l'hydrothérapie et les bains sulfureux. A partir de ce moment santé générale parfaite, sauf constipation opiniâtre et poussées congestives du côté de la tête, vertiges et nausées à intervalles éloignés.

Etat actuel. — Jeune homme arthritique, tendance à l'obésité; après les exercices d'équitation et d'escrime, il présente dans les urines une légère quantité d'albumine.

Comme troubles fonctionnels, vertiges, sans cause apparente, absences, sueurs faciles. Il ne peut travailler longtemps sur le même sujet, éprouve le besoin incessant de changer de place, de varier ses occupations, etc., on note une céphalalgie à point fixe frontal qui se déclare tout

d'un coup et cède de même. Asthénopie accommodative. Abolition du réflexe pharyngien d'une façon absolue.

Aucun trouble de la sensibilité générale et spéciale. Réflexe rotulien un peu exagéré, tremblement des paupières, presque du nystagmus, mais les oscillations sont plus amples, secousses cloniques survenant dans les membres, soit sans raison, soit à la suite d'une émotion. Rien autre de particulier à noter. Il n'existe pas d'albumine dans les urines, les urines sont hypertoxiques.

OBSERVATION rapportée par GRASSET.

Soldat du 142^e de ligne, cultivateur, au régiment depuis le 15 novembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Le malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 8 ans, à cette époque il éprouva des palpitations de cœur avec de l'œdème des membres inférieurs. Rien jusqu'à 15 ans, puis fièvre scarlatine qui dura 28 jours et laissa le malade dans un état de faiblesse extrême, c'était la première infection. Un mois après il éprouve des douleurs abdominales d'abord peu intenses qui augmentent progressivement d'intensité, provoquent de la dyspnée avec constriction pharyngée, on croit à l'urémie. Le malade perd connaissance, il revient à lui au bout de deux heures, est pris d'une faiblesse extrême qui dure quinze jours avec sensation vertigineuse et céphalée.

Au mois de juillet un rouleau servant à dépiquer les grains de blé lui passe sur la jambe gauche et lui fait une blessure profonde qui le maintient au lit pendant

35 jours, l'année suivante il éprouve une crise analogue à la première mais plus intense. Depuis ce temps les crises reparaissent à la même époque à un jour près, il arrive au régiment le 15 novembre 1892, fait bien son service, n'est nullement malade et ne présente ni alcoolisme, ni arthritisme, ni syphilis. Le 8 juin 1892 le malade se trouvant à l'exercice éprouve tout à coup des douleurs abdominales si violentes avec vertige qu'il est obligé de se faire exempter, il se couche, est pris d'oppression ; les douleurs, le vertige augmentent, et il perd connaissance. A ce moment les membres supérieurs sont en résolution complète, les membres inférieurs sont dans un état de contracture assez marqué, les paupières sont contracturées, les yeux sont convulsés en haut et à droite, les pupilles ne réagissent pas à la lumière, la face est pâle, les lèvres anémiées, on constate une anesthésie totale du corps, sauf à la partie supéro-interne des cuisses où la sensibilité est conservée atténuée, la langue ne présente aucune trace de morsure, pas d'écume sur les lèvres. De temps à autre quelques convulsions, tendance du corps à se voûter en arc de cercle, pas d'émission involontaire d'urine et de matières fécales, pas de vomissements.

Respiration normale quoique ralentie, pouls petit, lent et régulier, les flagellations et les frictions n'ont aucun résultat ; seule la pression du testicule gauche détermine une douleur assez légère au début qui se manifeste sur la physionomie du malade, la face reprend alors sa coloration normale et même se congestionne, le malade reprend bientôt connaissance, la crise avait duré deux heures. Le diagnostic hystérie dès lors s'impose comme en témoignent l'aura, la perte de connaissance tardive, la dilatation pupillaire, l'existence des anesthésies et d'une zone hystérogène. La sensibilité au contact est presque abolie, l'anesthésie existe à peu près complète sauf à la

partie supéro-interne des cuisses où elle est conservée quoique atténuée. L'anesthésie à la douleur complète sur toute la partie antérieure du tronc et des membres, manque dans une zone peu étendue de la face dorsale du pied droit. Elle est complète aussi à la partie postérieure du tronc et des membres supérieurs sauf, sur une ligne correspondant aux apophyses épineuses des corps vertébraux et en deux régions peu étendues à la partie inférieure et sur le trajet de cette ligne. La sensibilité est conservée bien qu'amoindrie dans les deux régions fessières et à la partie postéro-interne des cuisses. La sensibilité à la température est conservée dans les zones où la sensibilité au toucher persiste, il y a abolition de la sensibilité gustative; le sens de l'odorat est intact, les autres réflexes sont normaux ou légèrement ralentis. L'acuité visuelle est normale sans rétrécissement du champ visuel, mais les yeux se fatiguent rapidement; pas de troubles auditifs, pas de troubles trophiques. Le malade a eu étant dans notre service une grippe légère qui a paru aggraver l'hystérie.

REMARQUE. — Il s'agit là en effet d'une hystérie non douteuse, relevant probablement de l'affection scarlatineuse ancienne et qui fut récemment aggravée par l'affection grippale.

OBSERVATION empruntée à la thèse de CRESPIN (résumée). *Hystéro-neurasthénie à la suite d'accidents puerpéraux compliqués de grippe, néphrite, hyperglobulie.*

R. R..., 24 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une bronchite. Père mort d'une fluxion de poitrine tous deux très nerveux. Oncle très nerveux mort jeune. Frère mort très jeune, de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Rougeole à 10 ans.

Malade très peu irritable, caractère au contraire très tranquille.

Bonne santé habituelle jusqu'à il y a deux ans.

A cette époque laryngite et toux continuelle, en même temps grossesse qui suit son cours régulièrement jusqu'au septième mois.

A la fin de 1890, la malade contracte une bronchite, et peut-être la grippe, néanmoins, l'accouchement se fait dans de bonnes conditions, malgré que ses urines contenaient deux à trois grammes d'albumine par litre.

Après l'accouchement, la malade au lieu de se rétablir allait de plus en plus mal, elle éprouvait des fatigues continuelles, des spasmes, des vertiges et de la faiblesse. Elle entre à l'hôpital le 13 février, et on constate sept grammes d'albumine par litre, elle contracte la grippe, ce qui augmente la quantité d'albumine, mais elle guérit rapidement, son albumine finit par disparaître et elle sort de l'hôpital, mais au bout de peu de temps, elle y rentre à nouveau avec des symptômes non équivoques de néphrite, elle présente deux grammes d'albumine. Peu après, outre la faiblesse extrême qui l'envahit de plus en plus elle déclare nettement avoir la sensation de boule à l'épigastre et au larynx, une céphalalgie à points fixes (frontale et occipitale) surtout marquée le matin l'obsède sans cesse. Le besoin de s'alimenter se fait assez souvent sentir, calmant momentanément ses fatigues, mais entraînant quelquefois des vomissements.

L'examen de la sensibilité dénote que la main et le poignet jouissent d'une insensibilité relative au contact,

à la température, à la douleur, insensibilité qui affecte la forme d'un gant ; de plus ovaralgie gauche très marquée anesthésie pharyngienne, douleurs dans les lombes, champ visuel très rétréci concentriquement à droite. Depuis deux mois son état mental s'est modifié d'une façon fâcheuse, des idées noires l'obsèdent sans cesse, elle a peur de la mort et malgré les fatigues incessantes qui l'accablent, elle éprouve toujours le besoin de changer de place ; à ce moment elle présente six grammes d'albumine et urine environ 1300 grammes dans les 24 heures. L'albumine disparaît peu à peu en même temps que les troubles nerveux, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION (résumée), communiquée par le D^r TEISSIER, chef de clinique. — *Hystérie. Syphilis. Shok moral.*

U. D..., âgé de 41 ans, employé de commerce, entré le 30 décembre 1894, salle Laënnec, lit n^o 19.

Antécédents héréditaires. — Père et mère très âgés, vivent encore ; Sans diathèse, sans affection nerveuse. Une sœur morte à 7 ans, de méningite.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave durant son enfance ; pas de nervosisme. Soigné en mars 1892, chez le D^r Tapret, pour un début de tuberculose. Sort guéri. Pas d'éthylisme, pas de rhumatisme. Chancre en 1871 suivi d'accidents secondaires à plusieurs reprises. Très mal soigné.

À la suite d'ennuis en décembre dernier il se réveille brusquement un matin avec un mal de tête violent, constate que sa main gauche est prise de tremblements dont il ne peut se rendre maître.

Le jour suivant le tremblement persiste, gagne l'avant-

bras et le front, la céphalée subsiste, s'exaspère la nuit et prend les caractères de la céphalée syphilitique. Il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat le 8 janvier 1894. — Symptômes généraux. Température normale. Pouls 64, dur.

Système nerveux. — Etat mental normal.

Sensibilité. Diminution de la sensibilité à la douleur du côté gauche, allant jusqu'à la disparition au niveau du bras gauche. Conservation de la sensibilité au tact. Diminution de l'odorat et du goût à gauche. Pas de rétrécissement du champ visuel mais scotome scintillant, il prétend voir souvent des étincelles.

Motilité. — Pas d'atrophie musculaire, ni de paralysie ni de contracture. Le tremblement localisé exclusivement dans le membre supérieur gauche est permanent, nullement intentionnel, de rythme moyen, il simule le tremblement de la paralysie agitante. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes pharyngiens abolis. Pas d'incoordination motrice, pas de troubles trophiques ; sphincters intacts.

Le malade est parti le 23 janvier pour Vincennes. Rien à signaler durant son séjour à l'hôpital. A sa sortie sa céphalée avait disparu, le tremblement était à peine sensible, les anesthésies persistaient.

Traitement 2 grammes d'antipyrine par jour.

Ces diverses observations nous montrent, semble-t-il, la fréquence particulière de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie dans les cas où il s'agit d'associations étiologiques.

Il nous reste maintenant à examiner de plus près la symptomatologie des névroses post-infectieuses.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE.

La lecture des documents qui ont été réunis et développés dans le chapitre précédent nous indiquent les rapports étroits qui existent entre les maladies infectieuses et les névroses. Il convient maintenant de rechercher si le tableau symptomatique de ces névroses est comparable à celui des névroses héréditaires, de déterminer ensuite à quel moment les troubles nerveux apparaissent, quelle est leur évolution, quelle est leur durée?

Cette étude clinique nous montrera si l'intensité de l'infection ou la nature de cette infection joue un rôle dans le développement de ces troubles nerveux; elle nous indiquera, d'autre part, à quel point il faut réserver le pronostic des malades qui soignés pour des maladies infectieuses, présenteront, à une époque plus ou moins tardive, de l'hystérie, de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie.

Le tableau clinique général des névroses post-infec-

tieuses ressemble en grande partie à celui des névroses héréditaires; leur complexe symptomatique, sauf quelques exceptions, est identique.

L'hystérie, la neurasthénie, l'hystéro-neurasthénie, se retrouvent avec leurs stigmates habituels, avec l'ensemble de leurs signes fonctionnels, dont la prédominance contribuera à créer les modalités si nombreuses, offertes par ces névroses.

En ce qui regarde l'hystérie, on peut rencontrer les accidents les plus variés, depuis l'hystérie convulsive avec tout son cortège de symptômes jusqu'aux formes les plus frustes, les plus anormales. Les troubles moteurs, les troubles sensitifs, les stigmates caractéristiques, l'état intellectuel des hystériques se retrouve avec toutes les variantes désormais classiques depuis l'enseignement de Charcot.

Les troubles sensitifs, on l'a dit plus haut, seront représentés, tantôt par des anesthésies superficielles ou profondes, absolues ou incomplètes, disséminées irrégulièrement en plaques ou délimitées d'une façon spéciale (anesthésie en manche, en gigot, etc.), tantôt par de l'hyperesthésie affectant les mêmes irrégularités d'intensité et de distribution. Cette hyperesthésie localisée sous forme de zones hystériques ou spasmogènes pourra provoquer des crises convulsives.

Dans nombre de cas, des anesthésies sensorielles accompagnent des anesthésies générales.

On voit dès lors qu'il sera impossible de distinguer l'anesthésie d'un alcoolique de celle du saturnin ou de la syphilis, ou encore de la scarlatine.

Les troubles de la motilité sont non moins divers.

Les attaques convulsives peuvent survenir suivies ou non de paralysies et de contractures, varier de la simple syncope jusqu'à la grande attaque avec pertes de connaissance et attitudes passionnelles, notamment chez les syphilitiques ou les paludiques. Parfois comme dans une observation de Faïd, l'attaque prend la forme d'épilepsie partielle.

Les paralysies avec anesthésie, suivies de l'abolition complète de la sensibilité musculaire ou articulaire surviennent fréquemment, flasques ou avec contractures. Celles-ci peuvent même exister isolément.

Le tremblement (Obs. de Dutil) et certains types de maladies organiques, pseudo-paralysie agitante (Crespin), pseudo-tabès (Obs. de Souques), pseudo-méningite (Obs. de Bardol), pseudo-sclérose en plaques (Boinet), se rencontrent avec une fréquence moindre.

L'état mental est des plus variables : l'hystérie féminine est selon l'habitude le plus souvent représentée par un caractère évaporé et bizarre, changeant et mobile, l'hystérie masculine au contraire s'affirme souvent par un ensemble que l'on a coutume de rapporter à la neurasthénie. Le malade est sombre, triste, préoccupé continuellement de sa maladie, fuyant la société, restant une journée entière, le regard perdu dans le vague avec le sommeil troublé par des cauchemars.

Cette description abrégée répond donc, comme on peut s'en rendre compte, au tableau clinique de l'hystérie vulgaire. La forme convulsive, la forme douloureuse, la forme mentale, la forme paralytique se rencontrent à

des degrés à peu près égaux de fréquence. Plus rarement il s'agit de formes frustes ; névroses vaso-motrices, anesthésie isolée, etc., quelquefois même de forme monosymptomatique, tremblement hystérique, anesthésie hystérique.

Pour la neurasthénie il en va à peu près de même, et on peut trouver pour elle aussi bien les formes représentant le syndrome complet, que les variétés plus incomplètes (petite neurasthénie), caractérisées par la présence de quelques-uns seulement des stigmates de la névrose.

Bien que la dénomination de neurasthénie ne semble pas encore acceptée par tous les auteurs, il n'en est pas moins permis de décrire sous ce nom l'ensemble symptomatique si bien décrit par Beard, et appartenant depuis lui à un état morbide spécial sans substratum anatomique ou chimique actuellement connu, mais nettement distinct de par ses caractères cliniques. Comme l'hystérie dont elle est voisine, elle comprend des symptômes persistant (stigmates), et des signes plus mobiles non moins importants à ce point de vue diagnostique.

Quelle que soit la variété sous laquelle se présente cette neurasthénie post-infectieuse, il est des symptômes à peu près constants qui permettent de la reconnaître facilement : parmi eux l'abattement moral intellectuel et physique spécial, bien distinct de l'état hystérique.

Certains se présentent avec un état de dépression mentale profonde, ou d'agitation continuelle, affectant tous les caractères de la mélancolie, quelquefois même de la monomanie. Les uns croient que leurs organes sont irrémédia-

blement frappés de maladies incurables, les autres redoutent ces maladies, et parmi elles les maladies contagieuses et épidémiques. Leurs facultés de sentir, leur énergie volontive surtout est profondément affectée, affaiblie, incohérente, caractérisée par la dépression du moi l'idée d'incapacité et d'impuissance.

Dans les formes légères il s'agira d'une fatigue mentale passagère ; dans les formes graves, une hypochondrie anxieuse pouvant aboutir au délire hypochondriaque pourra survenir. La déséquilibration psychique et morale s'est installée.

Ces symptômes sont bien distincts de ceux qui caractérisent comme on l'a vu l'état mental hystérique. Les hystériques le plus souvent s'inquiètent au contraire fort peu de leur santé, et peu impressionnés de leur maladie, pensent surtout à en impressionner leur entourage. Si le neurasthénique ne paraît pas toujours sincère involontairement, l'hystérique l'est encore moins et souvent volontairement.

A côté de cette incohérence morale et au même titre, la fatigue mentale existe souvent très prononcée, le malade devient dès lors incapable de quitter son lit ou sa chambre, cesse de se livrer à une occupation sérieuse où d'exercer une attention soutenue. Une lecture suivie l'épouvante, il redoute la traversée d'une rue, et cette dépression cérébrale atteignant quelquefois un très haut degré peut comme l'a remarqué Ladame (de Genève) pour la grippe, aller jusqu'aux psychoses graves, à la monomanie, au délire aigu, approcher de la limite extrême qui

sépare les névroses des troubles de dégénérescence nerveuse.

Comme le fait remarquer encore Ladame ces symptômes ne se développent pas seulement chez des jeunes femmes plus ou moins prédisposées à la neuropathie, on les observe aussi souvent chez les hommes forts, bien équilibrés dont la santé n'a jamais laissé à désirer avant l'attaque de grippe à laquelle ont succédé les phénomènes nerveux. Chez ces derniers comme chez les nerveux héréditaires on trouve ce défaut de réaction en présence des influences dépressives, l'affaiblissement de la mémoire, l'impossibilité de se livrer à leurs occupations les plus habituelles.

L'asthénie musculaire est en dernier lieu non moins caractéristique. Dès le réveil les malades sont bien incapables de se lever de faire le plus léger effort. Mais on pourra constater à côté des symptômes primordiaux l'asthénie digestive, l'asthénie circulatoire, l'asthénie nutritive générale.

Parmi les phénomènes qui comptent parmi les stigmates de la neurasthénie et que l'on a pu retrouver dans les observations antérieurement citées il convient de mentionner la céphalée, l'insomnie, la rachialgie, les troubles dyspeptiques.

La céphalée neurasthénique caractérisée parfois par une sorte de malaise plus importun que réellement douloureux est surtout persistante, et cette persistance durant des semaines et des mois peut être une cause de découragement profond. Elle est très variable comme sensation perçue; le plus souvent la tête est pesante, alourdie, d'autres fois elle est vide, certains malades croient avoir

une calotte un casqué ; ce sont selon l'expression de Charcot des *galeati*.

Cette céphalée neurasthénique alors même qu'elle s'observe consécutivement à la syphilis ne pourra être confondue avec la céphalée syphilitique plus douloureuse, parfois même très douloureuse, nocturne le plus souvent, moins durable et cédant au traitement.

A côté de la forme complète où tous ces symptômes se rencontrent associés à des degrés d'intensité divers, il existe des formes à symptômes prédominants qui ont fait l'objet de descriptions spéciales.

Lorsque les phénomènes intellectuels, où moraux, déjà signalés, l'emportent, se traduisant soit par l'exaltation morbide de la personnalité, soit au contraire par la déchéance de cette personnalité, l'on se trouve, en réalité, en présence d'une forme cérébrale nettement distincte.

Dans certains cas les troubles gastriques si fréquents dans la neurasthénie prennent une intensité, une prédominance particulière, représentant un nouveau type morbide, la neurasthénie gastrique. Les troubles gastriques ressortissent, soit à la dilatation gastrique de Bouchard, soit à l'entéroptose de Glénard, ils sont essentiellement variés et parfois il devient difficile de discerner ce qui appartient à l'imagination exaltée de ce qui appartient à la réalité. C'est dans ces cas que l'on retrouve le registre des neurasthéniques dont parle Charcot.

Le ballonnement du creux épigastrique avec clapotement, réflexes cardiaques et céphaliques, la dyspepsie avec hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie, ont été successivement rencontrés.

A côté de la forme cérébrale et de la forme gastrique de la neurasthénie, prendrait place une forme spéciale catégorisée par Lejonne, comme appartenant surtout aux neurasthéniques rhumatisants. Chez eux, comme le montre cet auteur, l'affection se caractérise plus spécialement par des douleurs musculaires erratiques le plus souvent généralisées, par des secousses, des tremblements, des spasmes dont le siège le plus ordinaire est le membre inférieur.

Dans certains cas, très rares, Lejonne a pu observer une forme encore plus spéciale répondant au syndrome de Menière (il s'agissait d'une neurasthénie post-paludique).

La scène neurasthénique peut présenter aussi d'autres formes, on se trouve donc en présence de symptômes médullaires ou cérébraux représentant ce qu'on a appelé le pseudo-tabès neurasthénique et les pseudo-encéphalopathies neurasthéniques. Fournier a montré, d'autre part que le plus communément la neurasthénie syphilitique revêtait des allures vagues, le malade pouvant aller et venir, s'occuper, mais se sentant mal à l'aise, se fatiguant rapidement par la marche ou le travail, ayant de l'insomnie avec impressionnabilité de *leurs nerfs* en un mot. Cette neurasthénie qui ne s'élève pas au-dessus d'un diapason moyen laisse le malade vivre relativement de la vie commune.

Assez fréquemment enfin à côté de l'hystérie ou de la neurasthénie se trouvent des manifestations plus complexes, tenant à la fois de ces deux névroses et formant

un ensemble assez homogène caractérisé par Charcot sous le nom d'hystéro-neurasthénie.

Ces cas complexes, étudiés surtout à propos du traumatisme se rencontrent aussi dans les infections.

Les malades hystéro-neurasthéniques sont bien à la vérité des hystériques, mais quelquefois ces accidents hystériques sont au second plan ou s'associent dans des proportions équivalentes avec les stigmates de la neurasthénie.

Parfois la neurasthénie semble débiter avec ses symptômes généraux bien connus; c'est ensuite l'hystérie avec ses phénomènes typiques.

Dans la syphilis Fournier a montré des exemples caractéristiques de cette association : telle l'observation suivante rapportée plus haut et où il s'agit d'une femme ayant présenté à plusieurs reprises des poussées de syphilides. Une poussée nouvelle est suivie de l'apparition des phénomènes hystéro-neurasthéniques. On peut dès lors constater comme phénomènes prédominants l'affaissement général, la céphalée, les vertiges passagers, l'asthénie intellectuelle, l'excitabilité nerveuse et l'émotivité, les insomnies, l'atonie digestive avec constipation, l'asthénie circulatoire, les algidités périphériques (ébauche d'asphyxie symétrique), enfin l'invasion des divers symptômes d'ordre hystérique, phénomènes d'anesthésie, mobile, partielle, sensitive et sensorielle, rétrécissement du champ visuel, etc.

Ces descriptions permettent donc de se rendre compte de l'analogie que les trois névroses post-infectieuses pré-

sentent avec les névroses reconnaissant une étiologie différente.

Lorsqu'on recherche d'autre part à *quelle époque* ces accidents nerveux surviennent, l'on voit que cette époque est essentiellement variable. Pour apprécier du reste le moment exact de leur apparition il convient de distinguer les faits où la névrose a été simplement réveillée par l'infection d'avec ceux créés exclusivement par cette infection.

Or dans les cas où il s'agit de simple réveils il semble bien que les troubles nerveux soient plus précoces apparaissant au cours même de la maladie ou au début de la convalescence alors que l'organisme n'a pas eu encore le temps de réparer les lésions qui ont été provoquées par l'infection.

Une distinction paraît aussi nécessaire entre l'hystérie et la neurasthénie; l'hystérie survenant parfois plus rapidement que la neurasthénie, sans qu'il soit possible cependant d'établir une règle uniforme.

A un point de vue plus général les névroses post-infectieuses peuvent survenir peu après le début, durant l'évolution ou lors de la convalescence de l'infection. Mais le plus souvent c'est à titre de complications plus tardives et parfois très éloignées qu'on les voit apparaître.

Dans le premier cas, dans le paludisme ou dans la tuberculose par exemple, des accidents peuvent évoluer en même temps que la fièvre. Dans certains cas même la fièvre et la névrose suivent une marche pour ainsi dire parallèle.

Dans la tuberculose, comme Grasset l'indique, on peut

trouver comme une sorte de balancement entre les accidents nerveux et la tuberculose elle-même. Pour la syphilis, on a vu qu'il pouvait y avoir, notamment à l'époque de la période secondaire, des troubles nerveux évoluant en même temps que les accidents secondaires.

Ces cas de névrose post-infectieuse immédiate constituent en réalité des formes de transition susceptibles d'indiquer les rapports qui peuvent exister entre l'infection et les névroses tardives.

Dans ce dernier cas, de beaucoup le plus fréquent, les malades remis à grand peine de leur maladie infectieuse, et sortis après une convalescence, normale, s'étonnent de ne pouvoir reprendre leurs occupations, les fiévreux sont devenus des nerveux, les uns à un faible degré, les autres représentant de véritables infirmes du système nerveux.

Il est non moins difficile d'apprécier d'une façon exacte la *fréquence* absolue et comparée des diverses névroses. Elles rentrent sans contredit dans les complications les plus importantes et les plus nombreuses. La neurasthénie nous a paru d'une façon générale un peu plus fréquente ; mais peut-être cette différence est-elle simplement due à ce que cette névrose a été mieux étudiée.

La grippe exceptée, les névroses nous ont semblé succéder plus fréquemment aux infections chroniques qu'aux infections aiguës. Cette observation assurément légitime en raison de l'importance que doit prendre la durée d'action de l'agent infectieux ou du poison mérite cependant d'être réservée dans une certaine mesure. Il est par exemple à peu près impossible d'évaluer d'une façon pré-

cise la fréquence comparée de chacune des névroses par rapport à une infection isolée.

Dans les infections chroniques le paludisme paraît créer plus fréquemment la neurasthénie que l'hystérie, dans la syphilis la proportion paraît aussi pencher en faveur de la neurasthénie; dans la tuberculose le contraire existe. Les faits d'hystéro-neurasthénie sont toujours parmi les plus rares. Parmi les infections aiguës l'hystérie serait plus fréquente à la suite de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie, de la scarlatine; la neurasthénie l'emporterait de beaucoup dans la grippe.

Nous le répétons toutefois, si ces différences trouvées dans une analyse des documents recueillis et résultant peut-être d'une action plus spéciale des poisons sont réelles; il se peut qu'elles tiennent, entre autres circonstances, à ce que l'une ou l'autre de ces névroses été plus particulièrement étudiée.

Les mêmes réserves s'imposent lorsqu'il s'agit d'établir les rapports de proportion qui peuvent exister entre les symptômes nerveux et l'intensité de l'infection elle-même.

Ces rapports font le plus souvent défaut. Une fièvre typhoïde bénigne, une grippe légère, sont suivies de symptômes hystériques ou neurasthéniques affectant un certain caractère de gravité. Parfois au contraire ces mêmes infections présentant une certaine durée ou une certaine intensité ne donnent naissance qu'à des modalités bénignes des névroses. Il faut tenir compte, il es

vrai, dans l'interprétation, de ce défaut de concordance, de l'état antérieur du sujet, de son hérédité.

Dans le cas d'hystérie réveillée par exemple, ce manque de proportionnalité pourra s'accuser, puisque la cause la plus légère suffit à provoquer son apparition.

Les névroses post-infectieuses, avons-nous dit plus haut, représentent le plus habituellement l'ensemble symptomatique classique, il existe cependant certains faits intéressants, où la maladie infectieuse a imprimé une allure spéciale où une localisation particulière aux accidents hystériques ou même neurasthéniques. Les observations déjà citées de Charcot, de Ricoux, de Marmisse en sont des exemples indiscutables. Grasset a montré que les hysteries infectieuses comme les hysteries toxiques représentent souvent dans leur histoire certains traits de l'empoisonnement ou de l'infection : l'hystérie saturnine se traduit surtout par la paralysie des extenseurs, l'hystérie hydrargyrique par le tremblement, l'hystérie syphilitique par la céphalée, et l'hystérie paludéenne par l'intermittence.

Mais si le fait est fréquent pour l'hystérie toxique il reste rare pour l'hystérie infectieuse.

La neurasthénie syphilitique fournit un exemple à peu près analogue. Fournier a montré en effet que dans ces cas la céphalée neurasthénique dominait souvent la scène ou même pouvait exister constituant comme une forme monosymptomatique, s'atténuant le soir et disparaissant la nuit, contrairement à la céphalée syphilitique.

CHAPITRE III

PRONOSTIC. TRAITEMENT.

Le *pronostic* des névroses post-infectieuses n'est pas univoque : il varie avec chacune d'elles, et pour chacune de leurs modalités cliniques.

Dans l'évaluation de ce pronostic il convient de tenir compte non seulement de la névrose en elle-même, mais aussi de l'influence que ces névroses ont sur la marche de la maladie infectieuse dont la gravité se trouve singulièrement augmentée par l'apparition de ces complications tardives. On a cherché cependant à établir un certain antagonisme ou tout au moins à accorder une influence favorable à l'hystérie à l'égard de la tuberculose. A côté des faits signalés d'hystériques présentant des troubles de nutrition et devenant, tuberculeux, on a publié d'autres faits tendant à démontrer que les phtisiques devenant hystériques voyaient leur tuberculose s'améliorer. On a dit à ce propos qu'il était heureux pour une jeune fille phtisique de devenir hystérique puisqu'il en résultait une transformation avantageuse de

sa phtisie. Une pareille opinion est basée sur le fait que les phtisiques hystériques détruisent moins de matières et arrivent au marasme moins rapidement et que la nutrition serait habituellement ralentie chez les hystériques. En réalité, les phtisiques hystériques ne se portent pas mieux, à moins que la phtisie et l'hystérie concordent avec l'arthritisme. Ce dernier constitue une tendance moins favorable à la tuberculose.

Il suffit d'autre part de rappeler à quel point l'avenir des personnes atteintes d'une grippe même légère peut se trouver compromis par l'apparition de troubles nerveux graves et tenaces pour comprendre que ces névroses constituent les éléments les plus importants du pronostic éloigné des infections.

Les indications pronostiques ne sont pas très nombreuses et il ne semble pas que l'évolution des névroses post-infectieuses diffère beaucoup de celle reconnue à l'hystérie ou à la neurasthénie vulgaire : la variété même de la névrose, en dehors de l'infection, entraîne donc le pronostic habituel.

En ce qui regarde notamment les manifestations hystériques bénignes ou graves, elles guériront en général par le traitement approprié, mais il sera impossible de dire quand et comment se fera la guérison. Dans certains cas même il s'agira d'une infirmité tenace, à persistance indéfinie qui fera de ces malheureux des êtres désemparés et voués à toutes les misères physiques et morales comme cela s'observe surtout chez les hystériques adultes.

Les récidives sont d'autre part toujours à craindre, l'hystérie se reproduisant sous la cause provocatrice la

plus banale et réapparaissant sous la même forme ou avec un caractère de gravité souvent plus accentué.

Pour l'hystérie infectieuse comme pour les autres variétés étiologiques, l'âge, le sexe, sont à prendre en considération ; les enfants guérissent plus vite et l'hystérie féminine est fréquemment moins tenace que l'hystérie masculine.

D'une façon générale l'hystérie réveillée seulement par l'infection, l'hystérie héréditaire sera plus persistante et plus grave que celle qui tire son origine de l'infection seule et en ce qui regarde cette dernière seule ; l'hystérie tardive est généralement plus grave que l'hystérie précoce. C'est ainsi que les manifestations hystériques de la période tertiaire de la syphilis comporteront en général un pronostic plus sévère que celles de la période secondaire.

Il ne semble pas, jusqu'à présent du moins, que la nature même de l'infection, son intensité ou sa durée aient à entrer en ligne de compte dans l'appréciation pronostique des névroses. La fièvre typhoïde, l'impaludisme donnent naissance à des hystéries aussi graves ou aussi bénignes que la scarlatine et la tuberculose. Les gripes légères frappent d'une façon aussi intense le système nerveux que les gripes graves et il me semble non plus à quelques exceptions près qu'il soit possible d'établir une différence entre l'hystérie consécutive à une infection prolongée même chronique et l'hystérie relevant d'une infection suraiguë.

Dans toutes ces conditions on peut trouver confondue

sans prédominance marquée les observations d'hystérie intense ou d'hystérie légère.

Il faudra donc seulement tenir compte de la modalité de l'hystérie elle même et de l'antécédance héréditaire ou personnelle des individus atteints d'hystérie.

Les mêmes remarques s'appliquent à la neurasthénie. Ici encore il convient de distinguer deux formes principales au point de vue du pronostic, l'une bénigne parfaitement guérissable, c'est celle qui paraît provenir directement d'une des causes plus haut énumérées, c'est la neurasthénie accidentelle, l'autre grave parfois incurable, c'est la neurasthénie précoce héréditaire développée souvent durant l'adolescence et caractérisée surtout par des phénomènes de dépression cérébrale.

Quoiqu'il en soit de ces distinctions vraies, il faut convenir qu'en dehors des cas où cette neurasthénie est très légère; cette névrose constitue une infirmité possible qui peut influencer sur le moral et l'état général de la personne atteinte. Elle trouble l'existence, la rend pénible, douloureuse, sans, il est vrai, la compromettre dans la grande majorité des cas. Le pire destin du neurasthénique est de rester tel jusqu'à la fin de ses jours.

La prédominance des phénomènes dyspeptiques, de l'atonie gastro-intestinale, constitue un élément de gravité parce qu'elle favorise la durée de cette neurasthénie et prédispose à certaines infections, à la tuberculose notamment. La durée seule de la neurasthénie est une condition fâcheuse.

La forme cérébrale, la forme génitale, rentrent aussi dans les variétés graves.

Enfin, il est à rappeler que la neurasthénie constitue pour d'autres affections du système nerveux un terrain favorable. Les psychoses, telles que l'hypochondrie, la mélancolie, la dipsomanie, la morphinomanie, sont favorisées par cette névrose, qui grâce aux troubles fonctionnels et circulatoires qu'elle crée dans le système nerveux, entraîne le développement de véritables lésions organiques, soit par action directe, soit par transmission héréditaire.

Comme pour l'hystérie, les neurasthénies post-infectieuses précoces sont souvent moins graves que les neurasthénies post-infectieuses tardives.

Dans la syphilis, par exemple, comme l'a indiqué Fournier, la neurasthénie du début causée par l'effroi moral est relativement bénigne, lorsque le terrain n'a pas été préparé antérieurement par l'hérédité ou par des poussées successives. Les neurasthénies tertiaires existant souvent isolément ne s'effacent parfois qu'au bout de longues années, et laissent souvent à leur suite un trouble durable du système nerveux. La neurasthénie syphilitique est, il est vrai, moins grave que les autres variétés de neurasthénie eu égard à l'efficacité cependant inconstante du traitement.

Quant à l'hystéro-neurasthénie post-infectieuse dont la majorité des exemples se rapportent surtout à des héréditaires neuropathiques, elle est le plus souvent fort grave et de guérison rare et difficile.

Nous voyons donc en résumé que le pronostic, de même que la clinique, conduisent à différencier nette-

ment les cas d'*éveils*, des cas de *réveils* de névrose par l'infection.

Si l'hystérie et la neurasthénie héréditaires constituent pour ainsi dire le type clinique de ces névroses en ce sens que le terrain sur lequel elles se sont développées a favorisé leur évolution complète, si grâce à ces conditions elles peuvent être réveillées par la cause occasionnelle la plus petite, alors que l'infection devient le plus souvent nécessaire pour les autres variétés ; de par ces conditions mêmes elles comportent le pronostic le plus grave.

Ces distinctions capitales à notre avis conduisent en réalité à des indications thérapeutiques spéciales.

Les idées soutenues dans ce travail n'ont pas seulement un intérêt théorique, elles comportent aussi des enseignements pratiques d'une certaine portée, entraînent en définitive l'application de mesures d'hygiène prophylactique et de thérapeutique actives qu'il importe de mentionner.

Prévenir tout d'abord les maladies infectieuses, comme tendent à le faire de plus en plus les progrès de l'hygiène sociale et individuelle, empêcher ou limiter par ses moyens la contagion, s'efforcer ensuite lorsque l'infection a atteint les individualités de limiter son étendue et sa durée, de favoriser la lutte de l'organisme, et dans le cas présent, modérer par les procédés d'usage la réaction du système nerveux, tels sont les premiers éléments de succès qu'il importe de ne pas négliger.

Il faut se rappeler de plus, qu'il est dans l'évolution des maladies, une période, *la convalescence*, qu'il importe de surveiller et de surveiller longtemps, durant laquelle

les préparations médicamenteuses ou les précautions hygiéniques ont une importance primordiale. A cette période, en effet, les malades à peine remis de leur maladie, restent, en raison de la faiblesse acquise, en raison des modifications profondes imposées à l'organisme diminué dans sa résistance, la proie facile aux complications qui pour cette raison deviennent fréquentes. A ce moment le système nerveux qui a pris souvent la plus grande part à la réaction de l'organisme contre l'agent infectieux ou toxique, qui a subi au même titre que les autres viscères des troubles de nutrition intenses pouvant devenir persistants, indique les souffrances subies, par des altérations de la motricité de la sensibilité, et même de l'intelligence. Il convient donc de prendre toutes les mesures susceptibles de favoriser le retour de l'état normal et d'empêcher l'influence de toutes les circonstances extérieures capables d'aggraver les modifications existantes. Le repos, l'hygiène alimentaire et l'hygiène physique, la climatothérapie, représenteront des éléments puissants de lutte.

Lorsque les névroses se seront développées, il suffira d'appliquer le traitement rationnel de ces névroses, en tenant compte de l'indication étiologique résultant de l'influence des infections sur ces névroses. Il faudra aussi tenir compte sans doute du rôle des émonctoires, des conséquences de leur défaut de fonctionnement que l'on pourra éviter par une médication s'adressant au rein et au foie, et par la thérapeutique qui limitera l'intensité des fermentations normales et anormales.

Ce but sera rempli tant par une hygiène alimentaire sévère que par la médication tonique appropriée (fer, arsenic, quinquina) par l'asepsie ou l'antisepsie des voies digestives. Quant au traitement des névroses il comportera le traitement moral, le changement de milieu destiné à éloigner toutes les causes provocatrices (surmenage physique ou intellectuel), l'hydrothérapie, le massage, la gymnastique plus efficace dans ces cas que toutes les médications anti-nerveuses, parfois même l'isolement dans les cas extrêmes.

Les climats à conseiller seront surtout les climats tempérés. Les bains de mer lorsqu'il existera des symptômes d'excitation devront être évités. Toutefois les bains de mer, sur une plage tranquille pourront avoir une réelle efficacité, surtout chez les neurasthéniques frappés d'épuisement à la suite de travail intellectuel exagéré ou de fatigues physiques excessives.

La cure à la campagne, sur les altitudes vivifiantes, sera en tous cas, presque toujours plus favorable aux neurasthéniques notamment que la cure thermale.

On a beaucoup préconisé les voyages ; leurs effets peuvent être, selon la façon dont on entendra ce déplacement, ou très utiles ou très nuisibles. S'embarquer pour un pays lointain, courir de ville en ville, ou de plage en plage, visiter les sources, accomplir en un mot toutes les conditions susceptibles de créer un surmenage physique représentent certes un très mauvais moyen thérapeutique. Il n'en est pas de même des voyages courts avec séjour dans un site choisi peu éloigné du milieu habituel du malade pour ne pas provoquer surtout chez le neu-

neurasthénique l'inquiétude qui pourrait résulter pour lui de se sentir loin du cercle de ses affaires.

L'hydrothérapie chaude ou froide méthodiquement appliquée et en tenant compte surtout du tempérament est un moyen précieux de traitement.

Quant à la prophylaxie des névroses elle aura trait surtout au traitement précoce des infections, à l'extension de la sérothérapie où l'application des médications spécifiques ; sulfate de quinine pour l'impaludisme, mercure pour la syphilis, etc., etc., trouveront leurs indications selon les cas. En ce qui regarde la syphilis, le traitement précoce qui de l'avis de Fournier ne s'oppose pas la plupart du temps aux manifestations cutanées de la période primaire et secondaire paraît atténuer dans une certaine mesure les accidents nerveux consécutifs.

Une statistique de Deutch est assez démonstrative ; sur 38 malades traités de cette façon, cet auteur n'a observé aucun cas de neurasthénie ; sur 39 non traités, 18 ont présenté de la neurasthénie. Il ne semble pas il est vrai que le traitement spécifique ait une efficacité curative très grande sur les accidents nerveux, sans toutefois être dépourvu totalement d'action, on pourra donc utilement l'appliquer en recourant d'autre part au traitement rationnel de la névrose.

En dernier lieu, si la tendance actuelle qui est de voir dans la plus commune et la plus banale des névroses, dans la neurasthénie, le point de départ, la souche de la grande famille neuro-pathologique est vrai il convient assurément de diriger surtout ces efforts contre elle, puisqu'elle entretient cette hérédité neuro-pathologique

et puisqu'elle peut entraîner chez les descendants l'apparition de formes morbides de plus en plus graves.

Pouvant se développer de toutes pièces chez un sujet sans tare héréditaire et cela sous l'influence des circonstances extérieures accidentelles, il conviendra de connaître ces circonstances précises pour arriver à les détruire.

CONCLUSIONS

1° Les infections aiguës ou chroniques, isolées ou associées, combinées parfois à d'autres causes, peuvent s'accompagner à diverses périodes de leur évolution de névroses telles que l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie ou la neurasthénie.

2° Ces névroses peuvent préexister à l'infection qui alors les aggrave, ou dépendre directement de cette infection.

3° Le tableau clinique des névroses post-infectieuses reste, à quelques variantes près, identique à celui des névroses héréditaires.

4° Le pronostic éloigné des infections est aggravé par l'existence de ces névroses. Le pronostic des névroses post-infectieuses est toutefois moins grave que celui des névroses héréditaires.

6° Ces données cliniques entraînent des conséquences prophylactiques et préventives qui peuvent avoir pour effet d'atténuer la gravité ou la fréquence de ces névroses.

Vu par le Président de la thèse,
LANDOUZY.

Vu le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — De l'apoplexie hystérique. Th. Paris, 1887.
- AURELLES DE PALADINES (Cl.). De l'anesthésie hystérique. Th. doctorat. 1889.
- BARDOL. — De l'hystérie simulatrice des maladies org. de l'encéphale. Th. doct., 1893.
- BOULLOCHE. — Des paralysies pneumoniques. Th. doct. Paris, 1892.
- BERTHERAND. — Recherches sur les névroses syphilitiques. Journal de la soc. des sc. nat. et méd. de Bruxelles, 1860.
- BOUCHARD. — Les auto-intoxications, Paris.
- BREUILLARD. — Th. Paris, 1860.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie, Paris, 1859.
- BRISSAUD. — Des paralysies toxiques. Th. agrégation, 1886.
- BOUVÈRE. — De la neurasthénie.
- BOINET et SALEBERT. — Revue de médecine, 1890.
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière. Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique. Bulletin médical, 1887.
- Hystérie et syphilis. Progrès médical, 1887.
- CLOPATT. — Etude sur l'hystérie infantile. Helsingfors, 1888.
- CRESPIN. — Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses. Th. doctorat, Lyon, 1891.
- CLÉMENT. — Rapports du paludisme et de l'hystérie. Th. Lille, 1894.

- DEBOVE. — Sur un cas d'hémiplégie hystérique consécutive à la diphtérie. *Gaz. hôpitaux*, 1889.
- DÉJERINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Th. agrég. 1886.
- DESTERNE. — De l'hystérie chez l'homme. *Union médicale*, 1848.
- DREYFOUS. — L'hystérie alcoolique. *Union méd.*, 1887.
- DURAND. — Relations de l'hystérie avec le rhumatisme. Th. doctorat. Paris, 1880.
- DUTIL. — Tremblements hystériques. Th. doctorat, 1886.
- DEUTSCH. — *Presse médicale*, 1894.
- FAID. — Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique. Thèse Paris, 1868.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis, 1873.
— Des accidents parasymphilitiques.
- FURET. — Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides, Th. Paris, 1888.
- GILLES DE LA TOURETTE. — L'hystérie, 1891.
- GRASSET. — Traité pratique des maladies du syst. nerveux (dernière édition).
— Des rapports de l'hystérie avec la diathèse scrofuleuse et tuberculeuse. Paris, 1884.
- GUENEAU DE MUSSY. — F. typhoïde.
- GUBLER. — Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës et spécialement des paralysies arthritiques diffuses des convalescents. *Arch. gén. de méd.*, 1860-61.
- GUINON (G.). — Agents provocateurs de l'hystérie. Th. 1889.
- GUINON (L.). — Hystérie mercurielle, *Gaz. méd. de Paris*, 1887.
- HANOT et MATHIEU. — *Arch. gén. de méd.*, 1818.
- HISCHMANN. — Intoxication et hystérie.
- KLEIN. — De l'hystérie chez l'homme. Th. Paris, 1880.
- LE JOUBIOUX. — De l'hystérie consécutive à la grippe. Th. doctorat, Paris, 1890.
- LANCEREAUX. — De l'alcoolisme.

- LEVILLAIN. — Neurasthénie.
- LANDOUZY. — Des paralysies dans les maladies aiguës. Th. agrég. 1880.
- LETULLE. — Saturnisme et hystérie. Bull. méd. 1887.
- LEUDET. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
- LOUBAT. — De quelques phénomènes nerveux survenant chez la femme dans la période secondaire de la syphilis.
- LEJONNE. — De l'influence du paludisme sur le développement des névroses. Th. doct. Lyon, 1890.
- MARIE (P.). — Epilepsie, 1887.
- MARMISSE. — Hystérie à forme intermittente. Gaz. méd. Bordeaux, 1876.
- MERLIER. — De la neurasthénie chez les syphilitiques. Th. Paris, 1895.
- MATHIEU. — De la neurasthénie.
- OURADON. — Th. Paris, 1851.
- PETIT. — De l'hystérie chez l'homme. Th. Paris, 1875.
- PLESSARD. — Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et du saturnisme. Th. Paris, 1888.
- POTAIN. — Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique. Gaz. hôp., 1887.
- RAYMOND (Paul). — Hystérie et syphilis. Prog. méd., 1888.
- RICHARD. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques.
- REGNAULT. — Gaz. hôp., 1890.
- RICOUX. — Fièvre intermittente larvée à forme hystérique. Gaz hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1878.
- SOUZA LEITE. — Des relations et de l'influence réciproque de l'épilepsie et de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu. Arch. de neurologie. 1886.
- SOUQUES. — Etude des syndromes hystériques simulateurs. Th. doctorat, 1891.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- TEISSIER (J.). — Grippe, influenza, 1893. Paludisme et névroses. Bulletin médical, 30 avril 1890. Traité de médecine Charcot-Bouchard.

VIGLA. — Gaz. hôpitaux, 1848.

VINCENT. — Th. Montpellier, 1878.

ZAMBACO. — Des affections nerveuses syphilitiques. Paris,
1862.

